

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLINICA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A PRIMIGESTAS CON ANSIEDAD  
CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA.

Lic. Francia Jeannette Acuña Castillo

8 - 834 - 766

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS  
REQUISITOS PARA OPTAR POR EL GRADO  
DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLINICA

Panamá, 2018



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN: PSICOLOGÍA CLÍNICA

FACULTAD DE: PSICOLOGÍA

NO. DE CÓDIGO: CE-PT-327-14-06.17-164

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: FRANCIA JEANNETTE ACUÑA CASTILLO

CÉDULA: 8 – 834 - 766

TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

RESUMEN EJECUTIVO:

Es un estudio de investigación cuasi-experimental con diseño pre-experimental de preprueba-posprueba con un solo grupo y estudio de caso en primigestas con ansiedad clínicamente significativa que recibieron tratamiento cognitivo conductual con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad y detectar la efectividad del tratamiento.

NOMBRE DEL ASESOR: RICARDO LÓPEZ

FIRMA DEL ASESOR:

FIRMA DEL ESTUDIANTE:

APROBADO POR

---

COORDINADOR DEL PROGRAMA

---

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORIA  
DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FECHA \_\_\_\_\_

## DEDICATORIA

Les dedico este trabajo a mis padres por su apoyo incondicional, a mi madre Francia Elena Castillo y a mi padre Tomas Acuña por toda su confianza, apoyo incondicional y sus consejos para lograr cada una de mis metas, a mi hermana Yessenia Acuña por todos sus consejos y ayuda.

A mi hermoso hijo Jorge Luis Valdés Acuña fuente de mí inspiración para mí trabajo de grado, a mi esposo Jorge Luis Valdés por todo su apoyo, comprensión, paciencia y amor para lograr juntos esta meta.

A la memoria de mi segunda madre Celestina Gutiérrez de Acuña (Q.E.P.D), que siempre me llenaba de sabios consejos para la vida y a mi abuela Etelvina Muñoz (Q.E.P.D), ambas mujeres fuertes, sabias y luchadoras; sé que desde el cielo ven este gran logro.

## AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios todo poderoso por llenarme de sabiduría y brindarme la paz que necesitaba en los momentos difíciles.

A la Magister en Psicología Clínica Iris Valdés por guiarme durante este proceso de investigación y sobre todo por motivarme a culminar esta meta.

Al profesor Ricardo López por aceptar ser mi asesor de tesis y ayudarme en todas las dudas que fueron apareciendo a través de mi trabajo de grado.

Al profesor Sergio Ureña por guiarme en la parte estadística y por su paciencia brindada ante todas mis dudas.

Al Centro de Salud Nuevo Veranillo especialmente a las unidades del departamento de psicología, registro y ginecología; y sobre todo a las cinco jóvenes que participaron del estudio y permanecieron hasta el final de la intervención terapéutica.

}

## INDICE GENERAL

Portada	i
Formulario de inscripción	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen / Summary	v
Introducción	1
<b>CAPITULO I: MARCO TEÓRICO</b>	
1.1 Embarazo y Parto	5
1.1.1 La Concepción	5
1.1.2 Sintomas y signos del embarazo	5
1.1.3 Control Prenatal	6
1.1.3.1 Definición	6
1.1.3.2 Objetivos específicos	6
1.1.4 El Parto	7
1.1.4.1 Definición	7
1.1.4.2 Signos Prodrómicos	8
1.1.4.3 Etapas del Parto	8
1.1.5 Psicoprofilaxis Obstétrica	9
1.1.5.1 Organización de los Programa de preparación a la maternidad	11
1.1.5.2 Consideraciones generales acerca de la práctica de gimnasia durante el embarazo	12
1.2 Aspecto Psicológico del embarazo	12
1.2.1 Ansiedad, miedo y angustia	14
1.2.2 Ansiedad en el embarazo	15
1.2.3 Temores en la futura Madre	15
<b>CAPITULO II TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL</b>	
2.1 Antecedentes	18
2.2 Fundadores	19

2.2.1 Albert Ellis 1913 – 2007	19
2.2.2 Aaron T. Beck	20
2.3 Principio de la Terapia Cognitiva: (Judith Beck. 1995)	21
2.4 Emociones, conducta y pensamientos	22
2.4.1 Emociones	22
2.4.2 Conducta	22
2.4.3 Pensamiento	22
2.5 Cogniciones	22
2.5.1 Cogniciones y Ansiedad	23
2.6 Proceso Terapéutico	23
2.6.1 Modificación de Pensamientos y creencias	23
2.6.2 Refutación de las demandas	24
2.7 Tareas de autoayudas	24
2.7.1 Requisitos de las tareas eficaces	26
2.7.2 Recomendaciones para las tareas	27

### **CAPITULO III METODOLOGÍA**

3.1. Descripción del Proyecto	32
3.1.1. Planteamiento del Problema	32
3.2. Objetivos de la investigación	35
3.2.1. Objetivos Generales	35
3.2.2 Objetivos Específicos	35
3.3 Hipótesis	35
3.3.1 Hipótesis de Investigación	35
3.3.2 Hipótesis Estadística	36
3.4 Diseño de Investigación	36
3.5 Definición de las Variables	37
3.5.1 Definición Conceptual de la variable independiente	37
3.5.2 Definición Operacional de la variable independiente	37
3.5.3 Definición Conceptual de la variable dependiente	40
3.5.4 Definición Operacional de la variable independiente	40

3.6 Población y muestra	40
3.6.1 Población	40
3.6.2 Muestra	40
3.6.2.1 Criterios de Inclusión	41
3.6.2.2 Criterios de Exclusión	41
3. 7 Instrumentos	41
3.7.1 Inventario de Ansiedad: rasgo- estado (IDARE)	41
3.7.2 Entrevista Clínica	42
3.8 Diseño Estadístico	43
3.9 Procedimiento	43
3.10 Limitaciones	44
 <b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
4.1 Datos Sociodemográficos	47
4.2 Prueba de Hipótesis	60
<b>CONCLUSIONES</b>	65
<b>RECOMENDACIONES</b>	67
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	70



## INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	EDAD	47
Tabla No. 2	DOMICILIO	48
Tabla No. 3	ESTADO CIVIL	49
Tabla No. 4	¿CON QUIÉN VIVE?	50
Tabla No. 5	RELIGIÓN	51
Tabla No. 6	NIVEL ACADÉMICO	52
Tabla No. 7	¿ESTUDIA ACTUALMENTE?	53
Tabla No. 8	ACTUALMENTE TRABAJA	54
Tabla No. 9	DEPENDENCIA ECONOMICA	55
Tabla No. 10	INFORMACIÓN DEL EMBARAZO	56
Tabla No. 11	FECHA PROBABLE DE PARTO	57
Tabla No. 12	ATENCIÓN DE SALUD MENTAL	58
Tabla No. 13	PRUEBAS DE NORMALIDAD	60
Tabla No. 14	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN PRE-EXPERIMENTAL	61
Tabla No. 15	PRUEBA DE MUESTRAS RELACIONADAS	62

## INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No. 1	EDAD	47
Gráfica No. 2	DOMICILIO	48
Gráfica No. 3	ESTADO CIVIL	49
Gráfica No. 4	¿CON QUIÉN VIVE?	50
Gráfica No. 5	RELIGIÓN	51
Gráfica No. 6	NIVEL ACADÉMICO	52
Gráfica No. 7	¿ESTUDIA ACTUALMENTE?	53
Gráfica No. 8	ACTUALMENTE TRABAJA	54
Gráfica No. 9	DEPENDENCIA ECONOMICA	55
Gráfica No. 10	INFORMACIÓN DEL EMBARAZO	56
Gráfica No. 11	FECHA PROBABLE DE PARTO	57
Gráfica No. 12	ATENCIÓN DE SALUD MENTAL	58

## **INDICE DE ANEXOS**

Anexo No. 1 NOTA DE AUTORIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	73
Anexo No. 2 FICHA DE DATOS PERSONALES	74
Anexo No. 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO	75
Anexo No. 4 FICHA DE ENTREVISTA CLÍNICA	76
Anexo No 5 DESARROLLO DE SESIONES	79

## **Resumen**

Es una investigación cuasi-experimental con diseño pre-experimental de preprueba-posprueba con un solo grupo y estudio de caso; se realizó en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo con un muestreo intencional de cinco embarazadas primigestas entre 19 a 25 años que asistían a su control prenatal todas pertenecientes al Distrito de San Miguelito y con niveles de ansiedad clínicamente significativo medido por el Inventario de Ansiedad rasgo – estado (IDARE), se realizó 8 sesiones terapéuticas: cinco sesiones individuales de terapia cognitivo conductual y tres sesiones grupales; cada una fue aproximadamente de 50 minutos. Como resultado se obtuvo que si se presentó efectividad ya que se encontraron diferencias significativas entre las mediciones del Pre-Test y el Post-Test, es decir después del tratamiento las participantes demostraron niveles de ansiedad significativamente menores que antes del tratamiento; en el Post-Test se destaca una disminución significativa de la puntuación que mide el Estado de ansiedad, lo que sustenta la Hipótesis de que el tratamiento redujo significativamente los niveles de ansiedad.

## **Summary**

It is a quasi-experimental research with pre-experimental pre-test-post-test design with a single group and case study; was carried out in the Centro de Salud Nuevo Veranillo with an intentional sampling of five pregnant primigraves between 19 and 25 years old who attended their prenatal control all belonging to the District of San Miguelito and with clinically significant anxiety levels measured by the Trait Anxiety Inventory - State (IDARE), 8 therapeutic sessions were carried out: five individual sessions of cognitive behavioral therapy and three group sessions; each one was approximately 50 minutes. As a result, it was found that if there was an effectiveness since significant differences were found between the measurements of the Pre-Test and the Post-Test, that is after the treatment, the participants showed significantly lower levels of anxiety than before the treatment; in the Post-Test, a significant decrease in the score that measures the state of anxiety is highlighted, which supports the hypothesis that the treatment significantly reduced anxiety levels.

## **INTRODUCCIÓN**

En base a los registros del Ministerio de Salud de Panamá a nivel nacional en el año 2015 el número de embarazadas fue de 61,746 de esta cifra un total de 34,373 embarazadas ingresaron para la atención; en la región de San Miguelito el número total de embarazadas fue de 6,313; en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo la cifra correspondiente es de 1, 430 embarazadas y según el ingreso al control prenatal fue de 677 embarazadas.

Actualmente es de suma importancia que todas las embarazadas en Panamá asistan al control prenatal y reciban toda la atención médica que con lleva un embarazo, es decir, que asistan a sus citas de ginecología, enfermería, odontología, nutrición y realicen sus laboratorios, sin embargo, no dejar a un lado la visita al departamento de Psicología debido a la presencia de tantos cambios físicos, emocionales o sociales que se pueden dar durante esta etapa pueden surgir diferentes tipos de problemas; es importante mantener un buen estado de salud mental durante y después del embarazo para poder afrontar la nueva realidad de ser madre.

El parto es un momento crítico en la vida de la mujer y marca el inicio de una serie de importantes eventos. Sin embargo, mientras los cambios durante el embarazo son lentos y graduales en el parto son intensos y bruscos cuya consecuencia inmediata es la transformación del esquema corporal; asimismo, se presentan alteraciones profundas del ritmo y de la rutina familiar con la llegada del bebé y, además, se da la separación física de dos seres que han estado unidos por nueve meses. Lo imprevisible, lo incontrolable y lo desconocido son características que hacen del parto un momento crítico en el que surgen muchas ansiedades. (Giaxa & da Silva Marquez Ferreira, 2011)

Debido a tantos cambios en la mujer es importante que desde el primer trimestre se mantenga en constante preparación, de ahí la importancia que implican los cursos psicoprofilácticos por medio de la parte teórica en la educación y orientación de la pareja en cada trimestre del embarazo y la parte física que se centra en los entrenamientos diarios que puede realizar la embarazada.

Para lograr un mayor entendimiento de la investigación realizada este trabajo se dividió en cuatro capítulos, el primer capítulo abarca el marco teórico que comprende desde la

concepción del embarazo, síntomas, signos, etapas del parto, la importancia de los cursos psicoprofilácticos, la ansiedad presente en el embarazo y los mayores temores que surgen en la mujer.

En el segundo capítulo abarca la terapia cognitiva conductual, proceso terapéutico y la importancia de realizar las tareas de auto ayuda.

El tercer capítulo incluye la metodología utilizada en la investigación, planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, procedimientos, instrumento utilizado para medir los niveles de ansiedad (IDARE) y limitaciones encontradas durante la investigación.

El cuarto capítulo está comprendido por el análisis de resultados, datos socio demográficos, la prueba de hipótesis y su discusión.

Finalizamos con las conclusiones y recomendaciones de nuestra investigación.

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO**



El período de embarazo en una mujer suele estar acompañado de muchas dudas, expectativas e incertidumbres, creencias y miedos existentes, aunque también sentimientos positivos por dar origen a una nueva vida, en algunas mujeres se manifiestan ciertos síntomas y en otras no, algunas realizan su control prenatal desde el primer trimestre y otras no le toman importancia al control todo esto puede estar entrelazado con las características de personalidad, educación, factores socio económicos, familiares y otros. Es importante reconocer que la labor de la psicoprofilaxis durante el embarazo crea un ambiente de armonía y serenidad a través de programas que involucren ejercicios de respiración, técnicas de relajación, entrenamiento físico, información educativa y de salud.

## **1.1 Embarazo y Parto**

### **1.1.1 La concepción**

La palabra concepción es la unión de los elementos pro nucleares masculino y femenino de procreación, de los cuales surge un nuevo ser, con la eyaculación del semen a la vagina se da el transporte de los espermatozoides por el útero hacia la trompa de Falopio de ahí hace su encuentro con el ovulo recién expulsado, he aquí donde se da la fecundación pasa por nidación y continua su desarrollo. (Greenhill & Friedman , 1977)

### **1.1.2 Síntomas y signos del embarazo**

Grenhill & Friedman (1977) mencionan que existen diferentes síntomas en las embarazadas en ocasiones algunas no presentan muchos síntomas y solo se dan cuenta por la ausencia de la menstruación, es importante recalcar que esto sucede en mujeres que tienen un período regular; mientras que otras mujeres presentan más síntomas; según el trimestre que se encuentre la embarazada tendrá diferentes síntomas por ejemplo en el primer trimestre son las náuseas y vómitos en su mayoría se presentan en la mañana, sin embargo, puede suceder en otras horas del día, otro de los síntomas es orinar frecuentemente ya que el área de la vejiga se encuentra tensa; entre los signos que se hacen presente en este trimestre son aumento y dolor en los senos, cambios de

color de la mucosa en la vagina, ablandamiento de cuello uterino y vagina, cambios en el útero y la temperatura corporal basal.

Luego en el segundo trimestre van desapareciendo las náuseas, los vómitos e irritabilidad de la vagina y se empieza a sentir los movimientos fetales, algunos de los síntomas que se registran en este trimestre son contracciones uterinas frecuentes o contracciones falsas, cambios dérmicos entre otros.

Finalmente, en el último trimestre se manifiesta el descenso de la cabeza fetal hacia la pelvis, el cuello pélvico y otras estructuras se preparan para pronto iniciar la dilatación.

### **1.1.3 Control Prenatal**

#### **1.1.3.1 Definición**

Son las visitas que realizan las embarazada a diversos departamentos del equipo de salud con el fin de evaluar el avance del embarazo, se encargan de preparar a la mujer para el proceso del parto y la crianza del nuevo ser y lo más importante mantener saludables tanto a la madre como al recién nacido. (MINSA - CSS, 2015)

#### **1.1.3.2 Objetivos específicos:**

El programa materno dirigido por los funcionarios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social para lograr un buen control prenatal en sus instalaciones se centran en los siguientes objetivos:

- Brindar atención integral, temprana, periódica, y oportuna en base a la evidencia científica y recomendaciones actuales, a una amplia cobertura de embarazadas.
- Ofrecer atención especial a las embarazadas con riesgo obstétrico y perinatal.

El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social se rige bajo el programa de salud integral de la mujer, este programa intenta perseguir que el control prenatal cumpla con los siguientes puntos:

- Administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.
- Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de las complicaciones del embarazo.
- Vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.
- Detección de enfermedades maternas subclínicas.
- Eliminación del Tétano Neonatal y del Síndrome de Rubeola Congénita.
- Prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis.
- Disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparación psicofísica para el nacimiento.
- Promoción de la Lactancia Materna exclusiva.

### **1.1.2 EL Parto**

#### **1.1.4.1 Definición**

“El parto es el fenómeno por virtud del cual los productos de la concepción se expulsan del útero por la vagina al mundo exterior” (Greenhill & Friedman , 1977)

“El parto es un evento neurobiológico en el que se produce un diálogo neuroquímico entre el cerebro materno y el del bebé. Son las neurohormonas fetales las que dan la señal que desencadena el parto” (Alba Romero , Aler Gay , & Olza Fernández , 2012)

#### **1.1.4.2 Signos prodrómicos**

Los signos prodrómicos se refieren a los síntomas iniciales del parto, es decir es una fase pre-parto; existen tres formas: (Greenhill & Friedman , 1977)

##### **a. Desprendimiento y expulsión del tapón mucoso:**

El tapón mucoso es una formación gelatinosa y teñida de sangre de color pardo rojizo que se encuentra en el canal cervical, llega a desprenderse por la presión del bebé, es importante saber que no justamente al desprenderse el tapón se dará a luz, sino que este tiene un tiempo de antelación de 24 a 48 horas antes del parto.

##### **b. Ruptura de las bolsas membranosas de agua:**

Se conoce como romper fuente y esto indica que la bolsa de líquido amniótico en que se mantiene el niño se rompe y comienza a salir líquido con diferente intensidad, ya que en algunas mujeres pueden ser pocas gotas o una gran cantidad y con mucha presión, aquí no hay presencia de dolor. Puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, es decir, que si ocurre antes de la semana 30 puede haber pérdida.

##### **c. Las contracciones:**

Las primeras contracciones no suelen ser dolorosas y se caracterizan por su irregularidad. Pueden durar desde unas pocas horas hasta varios días. Luego va en aumento la intensidad y son más regulares. Cuando se presentan contracciones cada diez a quince minutos, se considera que el parto ya ha iniciado; y es donde se verifica la frecuencia y el tiempo.

#### **1.1.4.3 Etapas del Parto**

El trabajo de parto sirve para estimular al feto y también para cuando nazca el bebé este consciente y despierto; por ello se evita al máximo la administración de medicamentos.

Existen tres etapas del parto la primera es la etapa de la dilatación, luego la expulsión y finalmente el alumbramiento. (Greenhill & Friedman , 1977)

**a. Etapa de dilatación:**

Comprende desde el inicio de las contracciones uterinas hasta que el cuello uterino se dilate a los 10 centímetros y de esta manera completa el conducto de parto.

**b. Etapa de expulsión:**

Abarca desde el final del primer período hasta que se logra la expulsión del niño, es aquí donde se indica que el bebé ha coronado.

**c. Etapa de alumbramiento:**

Comprende desde la extracción del niño hasta que se expulsan la placenta y las membranas.

### **1.1.5 Psicoprofilaxis Obstétrica**

Menciona Lombardia Prieto & López de Castro que el objetivo de los cursos de preparación maternal consiste en que la pareja pueda vivir esta etapa activamente y colaborar en el embarazo y parto de su hijo. Otro de los objetivos que se busca conseguir es disminuir aquellos miedos que surgen del embarazo y el parto, se educa tanto a la madre como al padre en temas sobre el desarrollo del embarazo, el parto y los métodos de asistencia, así como la atención al recién nacido.

A través de los años se ha entrelazado la palabra parto y dolor, sin embargo, las investigaciones sobre la actividad nerviosa superior, se ha explicado el origen de estos dolores y su manera de manejarlos en forma natural o con medicamentos.

La técnica del parto psicoprofiláctico se centra en educar a la mujer a utilizar métodos de relajación, respiración y de control durante las contracciones, esto se lleva a cabo con un

equipo de trabajo, en la cual es muy importante que exista una conexión emocional con quien la acompañara durante el parto.

El médico e investigador ruso Iván Pávlov descubrió los orígenes del dolor durante el parto donde menciona que:

“...la excitación cortical que se produce como resultado de la contracción del músculo uterino, se presenta en diversas maneras y con distinta intensidad, según el estado funcional de la de la corteza cerebral de cada mujer”

Por su parte el Dr. Read, médico inglés observó cómo mujeres angustiadas se quejaban de terribles dolores, mientras que mujeres con menos miedos o emociones negativas parían mejor.

Esto le condujo a pensar que: “el miedo era un factor determinante en la sensación dolorosa con que se percibía el parto” ya que este ocasionaría una tensión en los músculos de la pelvis, dificultando el paso del feto por el canal del parto.

Para la escuela rusa de Nicolaiev, lo fundamental era el condicionamiento negativo creado por la palabra hablada o escrita. La unión de los términos parto y dolor había creado en el cerebro un reflejo condicionado que conducía a interpretar la contracción, no como tal, sino como dolor, tomando en consideración esta conclusión Nicolaiev se propuso a lograr una nueva teoría basada en el descondicionamiento de la mujer a través de una educación e información correcta y en la creación de reflejos condicionados. La psicoprofilaxis se basa a partir de las ideas de Read y Nicolaiev.

En España este método da sus inicios con el Dr. Aguirre de Cárcer, quien llegó a su propia conclusión indicando que:

“el dolor del parto también está influenciado por la personalidad de la mujer, implicando trabajar sobre ésta para conseguir que fuera capaz de obtener por sí misma un parto dentro de un contexto de armonía y serenidad”

### **1.1.5.1 Organización de los Programa de preparación a la maternidad**

Nos indican Lombardia Prieto y López de Castro que los cursos psicoprofilácticos se deben llevar a cabo en un ambiente relajado y con ciertas características que ayudan a la concentración y tranquilidad como por ejemplo: lugar apropiado, colchones, almohadas, sistema audiovisual de apoyo, etc.

También es importante que los grupos no sean tan grandes e indican que lo ideal es menor de 20 embarazadas, las actividades educativas se deben agrupar en sesiones la primera parte es la información teórica esta parte trata de explicar todos los cambios relacionados con el embarazo y el parto, la anatomía y fisiología del sistema reproductor tanto femenino como el masculino, los síntomas del parto, ingreso al hospital, las contracciones, las técnicas de respiración y métodos de relajación, las etapas del parto, el puerperio, cuidado del recién nacido y los métodos anticonceptivos que utilizar a la pareja después del embarazo y la segunda el entrenamiento físico está enfocado en reforzar los grupos musculares, preparar la flexibilidad y elasticidad de los tejidos y articulaciones que se utilizaran durante el parto, mejorar el estado general y aliviar síntomas molestos del embarazo.

El contenido se debe partir en tres periodos, el primero se debe realizar de preferencia ante de las 12 semanas o antes de las 28 semanas; su objetivo es informar a la pareja sobre los posibles cambios y molestias que ocurrirán durante el embarazo, el segundo período es a partir de las 28 semanas; su principal propósito es enfocarse en conseguir un estado de salud óptimo durante el embarazo, el nacimiento y el período postnatal, fomentando el autocuidado, he aquí donde se enseñan ejercicios de respiración, técnicas de relajación y entrenamiento físico y por último el tercer periodo es a los 20 o 30 días después del parto; aquí se enfocan en aumentar el nivel de salud de las mujeres y del recién nacido durante el post-parto.

### **1.1.5.2 Consideraciones generales acerca de la práctica de gimnasia durante el embarazo (Lombardia Prieto & López de Castro )**

1. El límite de cada ejercicio es la aparición de dolor o molestia
2. Cada ejercicio debe realizarse de forma lenta y suave, sin forzar.
3. La inclusión de nuevos ejercicios se hará de forma progresiva, incorporando uno o dos nuevos cada vez.
4. La duración de las sesiones debe aumentar gradualmente.
5. La cantidad de veces que se realiza cada ejercicio está limitada por la aparición de molestia o fatiga.
6. Cada sesión debe terminarse con 10 minutos de relajación.

Cuando la futura madre no ha recibido un entrenamiento previo, y su embarazo ha sido constantemente inactivo, sin ninguna orientación, es probable que llegue al parto con nerviosismo y una actitud pasiva.

En 1999 las licenciadas en Educación Física Synia Castillo e Itzel De La Cruz aplicaron una encuesta acerca del Método Psicoprofiláctico y sus ejercicios para el parto sin dolor en el Centro de Salud de Nuevo San Juan, en la Policlínica Hugo Espadafora Franco y en el Hospital Manuel Amador Guerrero, se aplicaron 50 encuestas a mujeres embarazadas de ahí se escogieron 30 al azar para ser analizadas y los resultados fueron los siguientes el 47% de las encuestadas desconocen este método, el 93 % desearían información incluso asistirían a los ejercicios psicoprofilácticos.

### **1.2 Aspectos psicológicos del embarazo (Greenhill & Friedman , 1977)**

En el embarazo se producen numerosos cambios físicos, emocionales y sociales que con llevan una gran repercusión psicológica en la mujer, en algunas ocasiones pueden aparecer estados patológicos, sobre todo un síndrome de ansiedad y con menos frecuencia una depresión.

Los médicos con demasiada frecuencia no se percatan de los problemas psicológicos con la gestación y enfocan su atención a la parte somática de la embarazada.



Aunque el embarazo suele ser un acontecimiento feliz y positivo en la vida de la mujer. También puede constituir un período de estrés emocional y físico significativo. El proceso de adaptación a esta nueva situación en cada mujer va a variar dependiendo de diversos factores de la vida como su personalidad, situación familiar, economía, educación, entre otros.

En el primer trimestre predominan las reacciones excesivas ante algunos conocimientos del entorno habitual, se muestra sentimientos ambivalentes de aceptación y rechazo hacia su futuro hijo, se siente preocupada por la salud del feto y por los cambios que se producirán en su estilo de vida, en el segundo trimestre se hace presente la realidad del embarazo y los movimientos fetales aportando más estabilidad emocional y en el tercer trimestre se presentan los temores o miedos; miedo al parto, miedo al dolor, miedo a una cesárea de urgencia, temor a tener un hijo con daño físico, con malformaciones congénitas, etc.

La mayoría de las alteraciones emocionales que surgen en el embarazo son leves y transitorias, considerándose normales, pero no hay que olvidar que el embarazo puede desencadenar o exacerbar trastorno psiquiátrico.

En 1985 el Licenciado en Psicología Ariel J. Blanco realizó un estudio comparativo entre los estados emocionales (Ansiedad y Depresión) en un grupo de mujeres gestantes y sus condiciones del embarazo, parto y de las respuestas conductuales del recién nacido en la cual se observaron ciertas tendencias con respecto a la ansiedad, la primera es que del grupo de mujeres que participaron en el estudio casi las dos terceras partes de las madres presentaron un nivel de ansiedad durante el embarazo mayor de lo que el Dr. Zung considera como normalidad en esta etapa, a pesar de la gran cantidad de madres ansiosas solo una de ellas mantuvo el nivel de ansiedad mayor que el resto de las otras madres ansiosas es decir que los niveles de ansiedad durante la etapa post parto disminuyeron significativamente; otro dato importante es que se registró un nivel de ansiedad elevado en las mujeres multíparas en ambas etapas de pre y post-partum que en las primíparas, otro dato importante es que existe una mayor frecuencia de eventos problemáticos durante el embarazo (Casos de Abortos) en aquellas madres ansiosas y al compararlas con las madres no ansiosas, en cuanto al parto al comparar las madres ansiosas con las no ansiosas se observó que la frecuencias de eventos problemáticos durante la labor del parto fue bastante pareja, sin embargo se registra que hubo un mayor números de casos que requirió inducción dentro del grupo de madres ansiosas.

### **1.2.1 Ansiedad, miedo y angustia**

“La ansiedad es una sensación displacentera de mayor o menor intensidad y que se experimenta como desazón, intranquilidad, confusión, malestar, agitación, incertidumbre, sentimiento de amenaza, aprensión, inquietud difusa, angustia profunda, sensación de disolución o fragmentación, desconcierto y desintegración” (Calle, 1990)

Ramiro A. Calle indica que a menudo la ansiedad se convierte en el telón de fondo de otras emociones y sentimientos negativos; esto hace que el ser humano no goce de la vida, ni aprecie su existencia provocando alteración en su comportamiento, no le permite vivir en armonía y hasta puede llegar a originar trastornos somáticos en los casos más graves. El ser humano desde que está en el vientre de su madre es receptivo a todo tipo de angustias por parte de la madre, es decir, que la madre filtra sus conflictos al nuevo ser. Desde un enfoque existencialista mencionan que venimos a este mundo ya con heridas de angustias abiertas, con memorias biológicas angustiosas. El mismo nacimiento ya implica una experiencia traumática y se produce en el niño el conflicto entre lo deseado y lo reprimido, lo anhelado y lo inhibido, lo ansiado y lo frustrado, con su buena carga de ansiedad y a menudo sentimientos de soledad, desvalimiento, desamparo.

Cada ser reacciona de una manera diferente ante el miedo y sobre todo es necesario reconocer que todo ser viviente en algún momento de su vida padece de miedo. El miedo es una respuesta ante un peligro real, un peligro existente e incluso ante temores imaginarios e infundados, miedo y angustia se presenta como hermanos gemelos; el miedo genera angustia y la angustia desencadena miedo. (Lombardia Prieto & López de Castro )

Según el DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales menciona que los trastornos de ansiedad comparten algunas características de miedo y ansiedad excesiva, donde se manifiestan alteraciones en la conducta del ser humano. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente real o imaginaria mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Tanto el miedo y la ansiedad se podría decir que sus significados pueden solaparse, sin embargo, existen diferencias entre ellas el miedo se puede asociar a los accesos de activación autonómica

necesarios para la defensa o la fuga, pensamiento de peligro inminente y conductas de huida mientras que la ansiedad está más asociada a la tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cauteloso o evitativos.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o por su persistencia a través del tiempo.

### **1.2.2 Ansiedad en el embarazo**

Algunas mujeres presentan complicaciones físicas y emocional mientras que otras no desarrollan ningún cambio en su vida, aquellas embarazadas que se ven afectadas emocionalmente es importante que aprendan a controlar sus emociones con el fin de prevenir situaciones adversas como la hospitalización psiquiátrica, riesgos físicos y la depresión posparto, según las estadísticas, una de cada diez mujeres experimentan depresión o ansiedad clínica durante el embarazo; en el pasado, los expertos pensaban que las hormonas protegían a una mujer embarazada de tener depresión y ansiedad hasta luego del parto. Al presente, los expertos sugieren que los cambios hormonales tan fuertes que pasa una mujer embarazada pueden alterar su química cerebral y ponerla más vulnerable a deprimirse o a estar ansiosa. (Parejo Miguez & Jimenez )

### **1.2.3 Temores en la futura Madre**

El embarazo es una etapa importante en la vida de una mujer este se rodea de muchas dudas y preocupaciones sobre el presente y el futuro.

La literatura del libro Nacimiento, Parto y primer año de la autora Nohora Barrero menciona algunos de los temores que se hacen latentes en esta etapa:

- Temor a morir: el parto es un proceso natural sin embargo se debe reconocer el peligro que corren las mujeres debido al esfuerzo que involucra la labor del parto.
- Temor a enfermar: el ingreso al hospital para la labor de parto, el nacimiento del bebé con la enfermedad se une y algunas mujeres siente fuerte temor a un contagio, a errores médicos o quirúrgicos.
- Temor a que él bebe tenga alguna anormalidad: lo primero que pregunta la madre al dar a luz es saber si el bebé está bien y completo.

- Temor al dolor: este temor conlleva a la presencia de la ansiedad, aquí surge la importancia de la preparación de la gestante y sus niveles propios de tolerancia al dolor.
- Temor a no poder dar a luz: este temor se presenta más cuando se acerca la fecha probable de parto y en ocasiones a las embarazadas se les olvida las técnicas de respiración y relajación se menciona que si una mujer emocionalmente está bien preparada, lo más probable es que actúe serenamente.
- Temor a perder la belleza y la forma física: en algunas ocasiones se producen cambios corporales, muchas mujeres temen a no poder recuperar su figura esto se da más en aquellas que son figuras públicas o mujeres con profesiones que el aspecto físico es muy importante. Inclusive tal actitud llega a aplazar la maternidad o negarla.

Es importante que la mujer vea los temores que surgen durante los nueve meses de embarazo como algo natural y manejable, donde se debe buscar la mejor forma de afrontar y resolver aquel temor.

**CAPITULO II**  
**TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL**

La terapia Cognitiva Conductual es una terapia de breve duración dirigida a síntomas y situaciones específica. El tratamiento inicial pretende reducir los síntomas, que son la clave de los pensamientos y expresiones verbales del paciente, mediante el reconocimiento de los pensamientos negativos que son una poderosa causa del mantenimiento de dichos síntomas. (Moreno, 2000).

## **2.1 Antecedentes**

El modelo cognitivo o cognitivo-conductual en psicoterapia se centra en la investigación científica del funcionamiento del cerebro y en los resultados que se obtienen a través de las diversas herramientas, técnicas y métodos que suelen utilizarse en este tipo de psicoterapia de acuerdo al tipo de trastorno psicológico o problema personal, social o emocional que surgen en el individuo. Su principal fortaleza está basada en las experiencias científicas desarrolladas y comprobadas a través de los años.

La terapia cognitiva conductual además de abordar problemas psicopatológicos también se adentra a un terreno filosófico y de origen cultural donde abarca problemas de insatisfacción personal, crisis vitales, problemas sociales y problemas en relación con la cultura (creencias, costumbres, etc.); cuando surgen esos tipos de problema nos debemos centrar en la forma de pensar del individuo, como piensa ante el problema, sobre sí mismo, sobre el mundo o sobre la vida esto surge de acuerdo al problema específico que tenga el sujeto.

Al inicio de los años 50 el movimiento cognitivo específicamente en el área de la psicoterapia da sus inicios centrándose en lo siguiente: “Lo que perturba a las personas no son simplemente los hechos, sino sus pensamientos acerca de los hechos”. La tarea del psicólogo se centrará en modificar lo que la persona piensa sobre los hechos y a partir de este cambio observar como la conducta cambia.

## 2.2 Fundadores

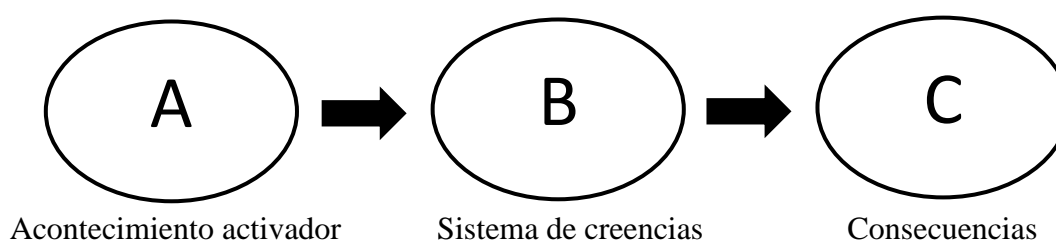
### 2.2.1 Albert Ellis 1913 – 2007

En 1955 inicio esta corriente con el nombre de “Rational Therapy” luego reemplazada por “Rational-Emotive.Therapy” (Terapia Racional emotiva), y finalmente en 1994 se le denomino “Rational Emotive Behavior Therapy” o REBT que se traduce en “Terapia Racional Emotiva” o TREC.

#### ABC de la teoría

Ellis consideraba que el núcleo de su teoría estaba presentado por una frase sencilla atribuida al filósofo griego Epicteto: *“Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan de los hechos”*.

Ellis resumió su teoría en el “ABC” recordando que “entre A y C siempre esta B”  
“A” es el acontecimiento activador, suceso o situación (pensamiento, imagen, recuerdo, fantasías, sensación física, emoción)  
“B” representa en principio al sistema de creencias, considerando todo el sistema cognitivo: recuerdo, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas o valores, esquemas, filosofía de vida, etc.  
“C” muestra la consecuencia o reacción de la situación, pueden ser de tipo emotivo, cognitivo o conductual.



En el esquema se refleja el modelo básico y más didáctico para explicar el origen y el tratamiento de los trastornos, sin embargo, es importante saber que las explicaciones no son ni exclusivas ni lineales ni unidireccionales como se ve en el esquema. Para la TREC podemos realizar cambios en nosotros ya que no somos esclavos de nuestras tendencias ni determinados a pensar irracionalmente.

Dryden & Diguiuseppe (1990); indica que existen tres insights fundamentales:

- Los acontecimientos (pasados o presentes) no causan las emociones o conductas disfuncionales, sino nuestro sistema de creencias (atribuciones, demanda, concepto de sí.)
- No importa cual convencido estemos de nuestro conocimiento y atribuciones, siempre es posible cambiar. Podemos cambiar nuestros pensamientos y por lo tanto cambiar nuestras reacciones emotivas y conductuales.
- A la larga, nosotros podemos superar nuestras perturbaciones, pero trabajando duro y reiteradamente a veces con sufrimiento, para modificar nuestros pensamientos y creencias con sus consecuencias. (Obst Camerini, 2008)

### **2.2.2 Aaron T. Beck 1921**

#### **La terapia Cognitiva**

En la década de los 70 en la Universidad de Pennsylvania empezó el desarrollo de lo que llamo “Cognitive Therapy” como una psicoterapia breve y orientada al presente.

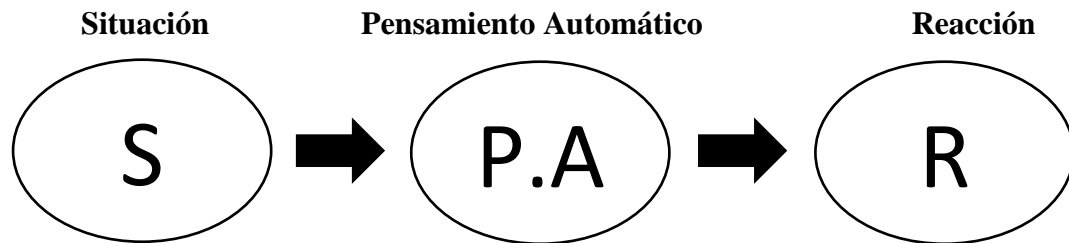
La sede central que durante muchos años fue el Center for Cognitive Therapy en la Universidad de Pennsylvania en Philadelphia, actualmente es el “Beck Institute for Cognitive Therapy and Research”, fundado en 1994 por Aaron T. Beck actualmente es dirigido por su hija Judith S. Beck.

La situación por sí misma no determina directamente como se sienten; su respuesta emocional esta medida por su percepción de la situación” (Beck, J.,1995).

Dattilio & Padeski en 1990 indican lo siguiente: *“La Psicoterapia cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan”*. (Obst Camerini, 2008)



Esquema básico se representa así: (Obst Camerini, 2008)



Las situaciones pueden ser un acontecimiento externo, una fantasía o imagen o una sensación o perturbación física.

Los pensamientos automáticos son los pensamientos que surgen inmediatamente en el individuo y que no suelen ser el resultado de un razonamiento como tal, sino que brotan automáticamente surgen de un sistema cognitivo integrado por creencias intermedias (reglas- actitudes – supuestos) y creencias nucleares (Sobre uno mismo, sobre otras personas, y sobre el mundo), estas creencias son ideas que son tomadas como verdades absolutas.

Las reacciones pueden ser emotivas, fisiológicas o conductuales.

### **2.3 Principio de la Terapia Cognitiva: (Judith Beck. 1995)**

1. La terapia Cognitiva se basa en una formulación permanentemente evolutiva del paciente y sus problemas en términos cognitivos.
2. La terapia cognitiva requiere una sólida alianza terapéutica.
3. La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y participación activa.
4. La terapia cognitiva se orienta hacia metas y se centra en los problemas.
5. La terapia cognitiva inicialmente enfatiza el presente.
6. La terapia cognitiva es educativa, apunta a enseñarle al paciente a ser su propio terapeuta y enfatiza la prevención de la recaída.
7. La terapia cognitiva apunta a ser de tiempo limitado.
8. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.
9. La terapia cognitiva les enseña a los pacientes a identificar, evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales.
10. La terapia cognitiva usa una diversidad de técnicas para cambiar los pensamientos, el estado de ánimo y las conductas.

## **2.4 Emociones, conducta y pensamientos**

### **2.4.1 Emociones:**

Obst Camerini, 2008 indica que las emociones son necesarias y cumplen tres funciones en el individuo:

- Las emociones informan de cualquier desequilibrio en nuestras vidas.
- Las emociones generan la motivación y el impulso necesario para actuar superando las situaciones negativas o los desequilibrios detectados.
- Las emociones son medio de comunicación para informar a lo que nos rodean sobre nosotros y nuestros deseos o intenciones.

Existen las reacciones que surgen en base a nuestras emociones; las primeras son las funcionales o apropiadas que nos permiten lograr nuestras metas mientras que otras no nos sirven o nos alejan de nuestras metas conocidas como disfuncionales, inapropiadas o “auto saboteadoras”.

### **2.4.2 Conductas:**

Las conductas pueden también pueden ser funcionales y disfuncionales.

Para una mejor calificación de la conducta en relación a las metas, es conveniente distinguir entre objetivos a corto plazo y largo plazo, tomando en cuentas que existen ciertas conductas que logran metas a corto plazo, sin embargo, son contraproducentes o negativas a largo plazo.

### **2.4.3 Pensamiento:**

Los pensamientos se reconocen en el momento que introducimos la palabra “que” para mencionarlas introducimos un verbo y habitualmente estamos expresando pensamientos.

## **2.5 Cogniciones**

Es importante que el terapeuta tenga cierto conocimiento acerca de las cogniciones que puedan encontrarse de acuerdo a una determinada emoción, como también determinar la coherencia entre la emoción analizada y los pensamientos mencionados por el paciente. Ante

una determinación emoción, las cogniciones que se relacionan con ella tienen ciertas características.

### **2.5.1 Cogniciones y ansiedad**

La ansiedad es una denominación dentro de la psicología para ciertas manifestaciones del miedo, como también lo son el temor, la angustia y el pánico. En las manifestaciones del miedo, temor, ansiedad, angustia, etc. están presente los siguientes elementos:

- La persona percibe un peligro o cree en la existencia de un peligro.  
Físico: dolor, enfermedad o la muerte  
Económico: pérdida de un empleo, de ahorros o de bienes materiales.  
Afectivo: pérdida de una relación de pareja, la separación de un ser querido, la muerte de alguna persona significativa, etc.  
Simbólico: pérdida de prestigios, buen nombre, status, felicidad, etc.,
- Lo peligroso es algo que puede suceder en el futuro
- Invasión de la incertidumbre.
- La persona se percibe como carentes de soluciones y sin ninguna capacidad de hacerle frente a los problemas.

## **2.6 Proceso Terapéutico**

### **2.6.1 Modificación de Pensamientos y creencias**

Obst Camerini (2008), menciona diversos elementos para modificar los pensamientos de la siguiente forma:

- Análisis y discusión de la validez, posibilidad de comprobación, etc.
- Identificación de las distorsiones cognitivas cometidas.
- Otros recursos adicionales
- Recursos emotivos, de imaginación y psicodramático.
- Discusión filosófica de las demandas.

### 2.6.2 Refutación de las demandas

Las refutaciones de las demandas propuestas por Ellis son simplemente un razonamiento basado en demostrar que: “las normas no son leyes de la naturaleza porque no cumplen con los requisitos que el conocimiento científico exige para su aceptación, es decir que no podemos pretender que lo que dicen las normas suceda siempre, como sucede con las leyes de la naturaleza” (Obst Camerini, 2008)

#### Tipos de refutaciones:

- **Refutación Pragmática:** implica reconocer que demandar no modifica los hechos es inoperante.
- **Refutación Empírica:** requiere reconocer que, en realidad, lo demandado no sucede siempre.
- **Refutación Lógica:** no hay una fundamentación lógica que permita esperar que esto necesariamente vaya a suceder.

### 2.7 Tareas de autoayuda

Las tareas para el hogar o tareas de autoayuda son una herramienta muy importante en el proceso terapéutico. Los objetivos específicos de la asignación de tareas pueden ser:

- Cambiar una conducta disfuncional o establecer una nueva conducta apropiada.
- Evitar los pensamientos irracionales y reemplazarlos por otros más útiles.
- Determinar que tan bien ha entendido el cliente los principios básicos de la terapia.
- Generar un hábito de interpretación y afrontamiento de las situaciones que le permita establecer una nueva respuesta emotiva y conductual que le resalte funcional.

Las tareas en el proceso terapéutico de la terapia cognitiva son el “corazón” o se podría decir el eje central de la terapia, ayuda a reconocer los pensamientos disfuncionales, a practicar continuamente las técnicas en casa; las tareas son necesarias para lograr un verdadero cambio.

## **Ejemplos de tarea de auto-ayudas:**

### **Leer**

- Lecturas informativas y de auto-ayudas.
- Tarjetas de afrontamiento donde el paciente escribe en una tarjeta las frases escuchadas durante la sesión que considere importantes y eficaces para enfrentar el problema.

### **Escribir**

- Registro de Pensamiento consiste en registrar en una planilla las emociones y pensamientos que surgen en los acontecimientos o sucesos y se discuten en la próxima sesión.
- Ensayos acerca de los problemas que surgen, refutaciones posibles contra las creencias irracionales, listas de pros y contras de conductas alternativas, etc.
- Libro de bitácora donde le paciente lleva un registro de los acontecimientos y luego evaluar si son acordes a sus predicciones,
- Hojas de autoayuda (equivalente al registro de pensamientos de Beck)

### **Escuchar**

- Grabación de las sesiones con el consentimiento del paciente y escucharla y así repasarlas durante la semana.
- Grabaciones de voz con el propósito de mejorar la comprensión de los principios básicos.
- Entregar CD con las consignas grabadas, con voz o músicas para practicar la relajación.

### **Pensar**

- Pensamientos auto reflexivos
- Auto diálogos

## **Relajarse**

- Se enseña en las sesiones para que el paciente lo ponga en práctica en casa en determinados horarios y de igual manera se le enseña a realizar ejercicios de respiración.

## **Distraerse**

- Son utilizadas para que pacientes con problemas de ansiedad o con fobia social puedan encarar las situaciones.

## **Imaginar**

Este es el recurso de las fantasías guiadas y de la imaginación de escenas, hechos, vivencias, etc.

- Ejercicios de refutación de creencias
- Ejercicios de desensibilización.
- Ejercicios de ensayo previos de tareas que no se pueden iniciar directamente.
- Ejercicios de ensayo previos a nuevas conductas a practicar.
- Ejercicios como técnicas de condicionamiento emotivo, donde los estímulos, las respuestas, los reforzadores o los castigos pueden ser solo imaginarios.
- Un ejercicio frecuentemente utilizado por Ellis en las sesiones es el denominado “imaginación racional emotiva”, que luego de ser practicado en la sesión, puede dejarse de tarea en casa.

### **2.7.1 Requisitos de las tareas eficaces (Obst Camerini, 2008)**

Las tareas deben ser consistentes con el proceso y con lo tratado en la sesión, deben ser específicas, deben programarse para el máximo esfuerzo posible y que el paciente comprenda cada una de las tareas que se le asigne, deben ser discutidas, explicadas y analizadas por el paciente y deben ser asignadas al final de cada sesión y su revisión debe hacerse al inicio de la próxima sesión, si el paciente no cumple con las tareas se debe investigar la causa de porque no se realizó.

Por lo tanto, es importante que el paciente este convencido de la utilidad de realizar las tareas, ha reconocido la importancia para el proceso terapéutico, esta comprometidos con realizar las tareas y está seguro de su capacidad para llevarla a cabo.

### **2.7.2 Recomendaciones para las tareas:** (Obst Camerini, 2008)

- Explicar la importancia de las tareas.
- Prevenir posibles fracasos y consecuencias analizando todas las alternativas y obstáculos posibles.
- Definir las tareas en cooperación y de común acuerdo con el paciente.
- Explicar claramente todos los detalles de la tarea.
- Analizar problemas posibles y acordar soluciones.
- Acordar tareas lo más difíciles posibles sin exceder los límites de la capacidad ni la convicción del paciente
- Graduar la dificultad y ensayar antes en la sesión.
- Asegurar el registro y memorización de lo acordado.
- Revisar siempre el cumplimiento. Analizar las causas de no cumplimiento y corregirlas.

Algunos de las literaturas revisadas se enfocaban en las creencias y costumbres en relación al embarazo, parto y puerperio en grupos de embarazadas de la comunidad de Chorrillo, Panamá en 1988 por la Licenciada Sabina Mcpherson indican que existen creencias y costumbres según el grupo étnico (cunas, chinos, blanco, negros y mulatos):

#### **Creencias basadas en la alimentación:**

- Un 73% evitan carne de puerco y algunos mariscos por considerarlos fríos y dañinos.
- Un 23.1 % no consume mango y el guineo produce flema al bebé, la naranja y frutas ácidas pueden producir alergias al feto.
- Un 3.8 % evita el arroz porque le pondría la barriga dura al momento del parto y también el pan porque tiene mucha levadura y hace engordar al feto.

- Las embarazadas del grupo negro evitan comida sazonadas con picantes porque podría hacerles daño a los ojos del feto.

#### **Creencias basadas en actividad Física:**

- Un 46.1% evitan realizar ejercicios físicos (no agachare, ni estirar manos, cruzar piernas, etc.); de acuerdo a las teorías la embarazada no tiene necesidad de limitar su actividad física siempre y cuando no llegue a fatigarse en exceso, ya que el ejercicio beneficia a la embarazada en diversos aspectos como los de postura, equilibrio, buena circulación entre otros.
- Un 30.8 % omiten realizar trabajos pesados.
- Un 15.4% evita los baños en playa, ni acostarse en arena caliente porque produce abortos; con respecto a esta creencia solo se hace énfasis en el cuidado de resbalones o caídas.
- Un 7.7% tienen prohibido viajar; esta creencia carece de efectos perjudiciales en la embarazada.

#### **Actividad Sexual**

- Un 55% disminuye las relaciones sexuales al inicio y final del embarazo porque podría provocar abortos y partos prematuros, 15 % desarrollaban su actividad sexual igual que antes del embarazo y un 30% reportó ausencia de actividad sexual; el 100% del grupo cuna indicó que no restringieron su vida sexual durante el embarazo debido a que piensan que el cito ayuda a dilatar la vagina, la lubrica y baña al feto con semen y ayuda acelerar el parto; los estudios indican que las actividad sexual no suele causar ningún daño a las embarazadas sanas durante ninguna época del embarazo, excepto en presencia de amenaza de aborto o parto prematuro.

#### **Métodos para eliminar molestias del embarazo:**

- Un 50% de los grupos seguían indicaciones del médico,
- Un 38.5% utilizaba remedios caseros,
- Y el 11.5 % seguía indicaciones de curanderos o yerberos;



Es importante saber que los remedios caseros coexisten con la medicina moderna, en ocasiones interviene mucho el factor económico debido a que algunos no tienen dinero para poder comprar medicamentos y pagar los servicios médicos, de igual manera indican la importancia de realizar estudios a profundidad del efecto de aquellos remedios caseros utilizados.

### **Hábitos Higiénicos:**

- Un 77% informa que se bañaban con más frecuencia que antes del embarazo debido al aumento de sudoración y al calor intenso que sentían.
- Un 23% señalan que sus hábitos de baño eran iguales.
- Un 100% indicó que se lavaban el cabello con más frecuencia que antes del embarazo debido al calor y la sudoración.
- Un 19.2 % dedicaban más tiempo a sus cuidados de sus senos, lavar los senos en la tarde y colocar crema oleosa (negros), aplican aceite de cocina (mulato) y aplican manteca de cacao (blancos).

Los estudios indican que los hábitos higiénicos no tienen ningún efecto adverso en las embarazadas en cuanto los masajes, la tracción de los pezones y la aplicación de pomadas no siempre incrementan la capacidad de alimentar (lactancia), para curar los pezones, reducir grietas y otros beneficios que deseaban obtener estas mujeres con los cuidados de sus senos.

### **Prendas de vestir:**

- Un 62.5 % de embarazadas mayormente de los grupos negros utilizaban un cordón rojo, verde y combinación de morado con amarillo en la cintura también utilizar la ropa interior al revés con el fin de proteger al feto y a ellas de cualquier mal; también al tener el cordón en la cintura impedían que el feto se subiera mucho.
- Un 50 % del grupo de mulatas utilizaban collares con imágenes de santos y decían que eran resguardados.
- Un 50% del grupo de blancas utilizaban resguardos, rosarios en el cuello con el fin de resguardar.
- En los grupos chinos y cunas no se observó el uso de accesorios.

Esto resalta el aspecto de misticismo que imprimen las embarazadas a sus prácticas tradicionales, para calmar la ansiedad, he aquí señala Aguirre Beltrán que: “Mientras el hombre tenga que hacer frente a emergencias que quedan fuera de su capacidad, para controlarlas, buscare soluciones mágicas o místicas.

**Preparativos para el nacimiento del bebé:**

- Un 34% informó que estaban preparada para la llegada del bebé, ya tenían todo lo que utilizaría el bebe.
- Un 65.4% indico que preferían esperar después del parto bajo la creencia de que no se debía comprar muchas cosas porque les puede traer mala suerte, el niño podría morir y era mejor cerciorarse del sexo. (McPherson De Rodriguez , 1989)

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

### **3.1. Descripción del Proyecto:**

#### **3.1.1. Planteamiento del Problema**

Kjaergaard, Wijma, Dykes, & Alehagen indican que: desde un punto de vista psicológico, el embarazo en la mujer, se considera un momento crítico, ya que las adaptaciones que éste requiere, pueden alterar el equilibrio emocional y generar estados de tensión, ansiedad y/o miedo, esta última emoción (miedo) presente en aproximadamente un 20% de las gestaciones (De Molino- Fernandez , y otros, 2015).

La experta, psicoterapeuta Valerie Stipes en The Nest, clínica integral especializada en el embarazo y la crianza, indica que “en el pasado, los expertos pensaban que las hormonas protegían a una mujer embarazada de tener depresión y ansiedad hasta luego del parto. Al presente, los expertos sugieren que los cambios hormonales tan fuertes que pasa una mujer embarazada pueden alterar su química cerebral y ponerla más vulnerable a deprimirse o a estar ansiosa” (Elnuevodia.com, 2016)

Después de los años sesenta se importó desde Rusia a Occidente el “método psicoprofiláctico”, que pretendía aportar información para que las madres afrontaran el parto sin miedo y con conciencia. Este es el método que adoptó la autora de “Parto sin dolor” la matrona Consuelo Ruíz en España. Por su parte, el francés Fernand Lamaze también presentó el método del “parto sin dolor” en Francia, que asumía la importancia de la educación de las embarazadas para tener un buen parto. (Cardus i Font, 2015).

Según el estudio Miedo al parto, de 2011, realizado por un equipo de matronas de distintos centros hospitalarios españoles indican que los mayores temores de la embarazada están relacionados con el estado del bebé. Según este informe, el 69,7% de las gestantes tiene miedo a que el pequeño sea lesionado o muera en el parto, mientras que el 56% teme que nazca con malformaciones. En cuanto a su propia integridad física, la preocupación más señalada por las gestantes es el miedo a un desgarro durante el parto (35,1%). (Vásquez, Reina, 2013).

Investigaciones realizadas en el 2015 señalan que: el 30,77% de las mujeres del estudio presentaron un nivel de ansiedad alto antes del parto; este mayor nivel de ansiedad fomentaba mayor miedo al dolor demostrando la importancia de una buena preparación física, emocional y mental previa al parto. (De Molino- Fernández , y otros, 2015)

Distintas investigaciones demuestran que el miedo y la ansiedad son factores que pueden alterar el curso del alumbramiento. Una de ellas es un reciente estudio publicado por la revista científica 'An International Journal of Obstetrics & Gynaecology' concluye que las mujeres con miedo a dar a luz tienen un parto mucho más extenso. Cuando existe un temor exagerado, el alumbramiento se prolonga de 30 minutos hasta los 92 minutos. Para llegar a estos resultados, los científicos examinaron a más de 2.200 gestantes. (Vásquez, Reina, 2013).

Otros informes apuntan, además, que la ansiedad está asociada a un mayor dolor durante el alumbramiento. El temor ejerce un efecto perjudicial en la calidad de las contracciones uterinas y en la dilatación cervical. (Vásquez Reina, 2013).

Muchas embarazadas se sienten perfectamente bien desde el punto de vista emocional, no presentando ningún trastorno evidente. Otras se estresan durante el primer trimestre, presentando una labilidad emocional expresada como irritabilidad, ansiedad y ciertos aspectos depresivos.

Es evidente que el primer embarazo puede conllevar una mayor ansiedad, tanto como el embarazo inesperados de mujeres adultas, casadas y con experiencia, aunque por razones totalmente diferentes. A menudo la ansiedad está centrada en el parto y en la salud del niño. Ciertas mujeres temen los dolores del parto y dudan acerca de su posibilidad de soportarlos. (Dexeus & Jose, 1994)

El parto es un momento crítico en la vida de la mujer y marca el inicio de una serie de importantes eventos. Sin embargo, mientras los cambios durante el embarazo son lentos y graduales en el parto son intensos y bruscos cuya consecuencia inmediata es la transformación del esquema corporal; asimismo, se presentan alteraciones profundas del ritmo y de la rutina familiar con la llegada del bebé y, además, se da la separación física de dos seres que han estado unidos por nueve meses. Lo imprevisible, lo incontrolable y lo desconocido son

características que hacen del parto un momento crítico en el que surgen muchas ansiedades. (Giaxa & da Silva Marquez Ferreira, 2011)

El trabajo de parto no siempre es fácil por lo tanto conlleva a que las embarazadas tengan un alto nivel de ansiedad ante la llegada del bebé. (Peron Giauxa & da Silva Marques Ferreira, 2011)

Las experiencias previas, la personalidad, el estado psicopatológico y el nivel de estrés (marcado por la insatisfacción en las relaciones conyugales, la economía y la salud física, etc.) son elementos primordiales para la estabilidad psicológica durante el embarazo. Creemos necesaria e imprescindible la preparación adecuada de la embarazada, sobre todo de las primigenias, en todos los aspectos: hematológico; nutritivos, peligro de tóxicos, forma de hacer frente a las diversas dificultades, técnica de relajación, clarificación de creencias falsas y preparación de los padres para el momento de llevar a su hijo al hogar. (Dexeus & Jose, 1994)

El último trimestre del embarazo está caracterizado por el aumento del nivel de ansiedad en razón de la expectativa con la proximidad del parto, es decir que entre más cerca este la fecha probable de parto la mujer siente más ansiedad debido a que se presentan diferentes miedos que las hace más débiles. (da Rocha Pereira , Franco , & Baldin , 2011)

El miedo asociado a complicaciones fetales por acercarse la fecha probable de parto es una categoría donde necesariamente nos remitimos a las ideas de Schütz que hablan sobre la importancia del conocimiento de otras vivencias en las que el trabajo de parto no ocurrió como se deseaba. Al conocer otras experiencias este conocimiento se transforma como un factor perturbador durante el embarazo, trabajo de parto y parto. Esos motivos son conocimientos, experiencias adquiridas a lo largo de la vida, mediante los relatos de complicaciones fetales asociados al atrasó en la búsqueda de asistencia hospitalaria. Los conocimientos que las personas tienen a la mano sirven de código de interpretación de experiencias pasadas y presentes, así también como determinantes de anticipación de lo que vendrá. (Peron Giauxa & da Silva Marques Ferreira, 2011)

Cuantas más ideas erróneas, dudas o miedos, más reacciones emocionales subjetivas.  
(Dexeus & Jose, 1994)

Por todas estas consideraciones nuestra pregunta de investigación es la siguiente: ¿las mujeres primigestas que participen del programa cognitivo conductual disminuirán los niveles de ansiedad clínicamente significativa?

### **3.2. Objetivos de la investigación**

#### **3.2.1. Objetivos Generales:**

- Describir las características psicológicas de mujeres primigestas con ansiedad clínicamente significativa.
- Diseñar un programa psicoterapéutico con estrategias cognitivo – conductual para disminuir los niveles de ansiedad en las primigestas.
- Determinar la efectividad del programa cognitivo-conductual en la primigestas con altos niveles de ansiedad.
- Reconocer el valor de la terapia cognitiva conductual para el tratamiento psicológico en mujeres primigestas con ansiedad clínicamente significativa.

#### **3.2.2 Objetivos Específicos:**

- Medir los niveles de ansiedad de las madres primigestas.
- Aplicar el programa de intervención psicoterapéutico con estrategias cognitivo-conductual para disminuir los niveles de ansiedad en las primigestas.
- Validar estadísticamente el programa psicoterapéutico en las primigestas con altos niveles de ansiedad.

### **3.3. Hipótesis:**

#### **3.3.1 Hipótesis de investigación:**

H<sub>0</sub>: Las mujeres primigestas con ansiedad clínicamente significativa que participen del programa de intervención cognitivo conductual no disminuirán los síntomas de ansiedad.

H<sub>1</sub>: Las mujeres primigestas con ansiedad clínicamente significativa que participen del programa de intervención cognitivo conductual disminuirán los síntomas de ansiedad.

### 3.3.2 Hipótesis estadística:

$$H_0: \bar{X}_{\text{Post-test}} = \bar{X}_{\text{Pre-test}}$$

$$H_1: \bar{X}_{\text{Post-test}} < \bar{X}_{\text{Pre-test}}$$

### 3.4. Diseño de Investigación:

Esta es una investigación cuasi-experimental con diseño pre-experimental de preprueba-posprueba con un solo grupo y estudio de casos; este diseño nos permite realizar nuestras comparaciones con el mismo grupo por medio de la comparación pre-test y el pos-test (comparaciones intrasujetos). Uno de los motivos por la cual se utilizó este diseño es por ética ya que nuestra muestra se atendió en el tercer trimestre del embarazo debido a que este trimestre está caracterizado por el aumento del nivel de ansiedad en razón de la expectativa con la proximidad del parto, es decir que si hubiera existido un grupo control se corría el riesgo de no poder suministrarle el tratamiento debido al tiempo.

La investigación es transversal ya que se estudió en un período menor a un año, debido a la naturaleza del estudio donde la población fue de embarazadas pertenecientes al Centro de Salud Nuevo Veranillo.

El diseño de preprueba y posprueba se diagrama de la siguiente manera: (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006).

Este diseño puede representarse así:

G    O<sub>1</sub>    X    O<sub>2</sub>

G: Grupo de sujetos

O<sub>1</sub>: Preprueba

X: Tratamiento

O<sub>2</sub>: Posprueba



### **3.5 Definición de las Variables**

Variable Independiente: Terapia cognitivo conductual

Variable Dependiente: Ansiedad Clínicamente significativa.

#### **3.5.1 Definición conceptual de la variable independiente**

Psicoterapia Cognitiva Conductual: terapia cognitiva y de breve duración dirigida a síntomas y situaciones específica. El tratamiento inicial pretende reducir los síntomas, que son la clave de los pensamientos y expresiones verbales del paciente, mediante el reconocimiento de los pensamientos negativos que son una poderosa causa del mantenimientos de dichos síntomas. (Moreno, 2000).

#### **3.5.2 Definición operacional de la variable independiente**

Se realizó 8 sesiones terapéuticas: cinco sesiones individuales de terapia cognitivo conductual y tres sesiones grupales; cada una fue aproximadamente de 50 minutos; las intervenciones psicoterapéuticas se dividieron en cinco fases de la siguiente manera; la primera fase se llevó a cabo la entrevista clínica, la segunda fase se realizó dos sesiones grupales psicoeducativas acerca del Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, mental y emocional del parto esta intervención se realizó en conjunto con el equipo interdisciplinario de control prenatal del Centro de Salud Nuevo Veranillo, la tercera fase se aplicó cuatro sesiones individuales de terapia cognitiva conductual, en la cuarta fase se realizó dos sesiones, la primera sesión fue individual y la segunda grupal y estuvo enfocada en la técnica de relajación progresiva de Jacobson y por último la quinta fase se aplicó el pos-test.

Cuadro No. 1

<b>Fase</b>	<b>Sesión</b>	<b>Plan de Sesiones</b>	<b>Tareas en casa</b>
<b>I</b>	<b>1</b>	Entrevista Inicial	
<b>II</b>	<b>2</b>	<p>Psicoeducación: “El Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, emocional y psicológica del Parto”</p> <p>1. Bienestar Físico:</p> <p>1.1 Consulta Gineco-obstetricia.</p> <p>1.2 Control Pre-natal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorios</li> <li>• Nutrición</li> <li>• Odontología</li> </ul> <p>2. Trabajo de Parto:</p> <p>2.1 Etapas</p> <p>2.2 Manejo del dolor al Parto</p> <p>2.3 Experiencias propias vividas y narradas: “En ningún instante hubo sufrimiento”</p> <p>3. Bienestar emocional y mental:</p> <p>3.1 El Cerebro Maternal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en el cerebro de la madre al final del embarazo.</li> </ul>	
<b>II</b>	<b>3</b>	<p>Psicoeducación: “El Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, emocional y psicológica del Parto”</p> <p>4. Bienestar emocional y mental: (Continuación)</p> <p>3.1 Técnicas de Relajación de Jacobson</p> <p>3.2 Técnica de Respiración.</p> <p>4 Recomendaciones</p> <p>4.1 Higiene de la Puérpera</p> <p>4.2 Estado emocional de la puérpera</p>	Investigar y leer acerca de la Terapia Cognitiva Conductual.

		4.3 Lactancia Materna 4.4 Cuidado del Recién Nacido	
<b>III</b>	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de la Tarea</li> <li>• Explicación de la terapia cognitivo conductual (ABC de Ellis)</li> <li>• Definir el acontecimiento, la emoción o conducta</li> <li>• Importancia de las Tareas para Casa</li> <li>• Establecimiento de Metas</li> </ul>	Auto registro de Creencias con respecto al embarazo y al parto.
<b>III</b>	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de Tareas</li> <li>• Detección de las creencias falsas.</li> <li>• Mostrar la relación entre el pensamiento y la conducta.</li> </ul>	Cuadro de pensamientos negativos a pensamientos positivos.
<b>III</b>	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de Tareas</li> <li>• Enseñar una base de conocimiento Racional- facilitar una nueva Filosofía.</li> <li>• Proponer una alternativa preferencial.</li> <li>• Enseñar la importancia de los autodiálogos</li> </ul>	Auto diálogos
<b>III</b>	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feedback general</li> <li>• Logros de nuevas filosofías</li> <li>• Logros de metas</li> </ul>	<p>Cuestionario:</p> <p>¿Qué es la relajación?</p> <p>¿Qué son las técnicas de relajación?</p> <p>¿Conoces alguna técnica de relajación?</p>

<b>IV</b>	<b>8</b>	Terapia de relajación Progresiva de Jacobson (Sesión Individual)  Fases:  1. Tensión-relajación 2. Repaso 3. Relajación Mental	Practicar en casa la terapia de relajación de Jacobson
<b>IV</b>	<b>9</b>	Seguimiento de la Terapia de relajación progresiva de Jacobson (Sesión Grupal)	
<b>V</b>	<b>10</b>	Aplicación del Pos-test	

### 2.5.3 Definición conceptual de la variable dependiente

- Ansiedad: actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizado por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza. (Warren, 1999)
- Ansiedad: estado afectivo caracterizado por un sentimiento de inseguridad, de alteración difusa. (Waresquiel, 1995)

### 2.5.4 Definición operacional de la variable dependiente

La variable dependiente se medirá por medio del Inventario de Ansiedad: rasgo-estado (IDARE): que mide dos dimensiones de ansiedad el estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento), y rasgo (cómo se siente generalmente), en nuestro estudio utilizamos solo la dimensión de estado debido a que nos enfocamos en la disminución de la ansiedad en las primigestas durante su tiempo de embarazo.

## 3.6 Población y muestra

### 3.6.1 Población

Nuestra población son las embarazadas primigestas entre 19 a 25 años que se atienden en el Programa Materno del Centro de Salud Nuevo Veranillo.

### 3.6.2 Muestra

Se utilizó un diseño de muestreo intencional, es decir, las participantes fueron las

mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado y el total de la muestra fue de cinco.

#### **3.6.2.1 Criterio de Inclusión:**

- Embarazadas Primigestas
- Embarazadas en el Tercer Trimestre del embarazo.
- Ingreso al control prenatal antes de las 20 semanas.
- Niveles de Ansiedad clínicamente significativa.
- Edad entre 19 a 25 años
- Disposición para participar en el tratamiento
- No estar recibiendo atención clínica psicológica.
- Historia clínica sin antecedentes psiquiátricos.

#### **3.6.2.2 Criterios de Exclusión:**

- Mujeres con abortos previos.
- Embarazadas en el primero y segundo trimestre del embarazo.
- Embarazo de alto riesgo.
- Sin niveles de ansiedad.
- Menores de edad
- No firmar consentimiento informado

### **3.7 Instrumentos**

#### **3.7.1 Inventario de Ansiedad: rasgo-estado (IDARE)**

El IDARE es un autoinforme compuesto por 40 ítem diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). El marco de referencia temporal en el caso de la ansiedad como estado es «ahora mismo, en este momento» (20 ítems) y en la ansiedad como rasgo es «en general, en la mayoría de las ocasiones» (20 ítems).

Ficha Técnica:

Nombre: IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado.

Autores: C.D. Spielberg y R. Diaz- Guerrero

Adaptación española: Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982)

Tipo de instrumento: cuestionario

Objetivos: Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Población: población general (adultos y adolescentes)

Numero de ítems: 40

Descripción: La mitad de los ítems pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. La otra mitad, a la subescala Rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente.

Criterios de calidad: Fiabilidad: Consistencia interna: 0.90-0.93 (subescala Estado) 0.84-0.87 (subescala Rasgo). Fiabilidad test-retest: 0.73-0.86 (subescala Rasgo).

Validez: Muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell (0.73-0.85). Presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0.60.

Tiempo de administración: 15 minutos

Calificación: sus puntuaciones varían desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala A- Estado como en la escala A-Rasgo. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos. Las cuatro categorías para la escala A. Estados son: 1. No en lo absoluto 2. Un poco 3. Bastante y 4. Mucho. Las categorías para la escala A. Rasgos son 1. Casi nunca 2. Algunas veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre. Momento de aplicación: evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, Evaluación post-tratamiento.

### **3.7.2 Entrevista Clínica**

Se utilizó una entrevista clínica semiestructurada, que contiene los datos personales, antecedentes, su historia clínica y preguntas que ampliaron nuestro campo de estudio.

### **3.8. Diseño Estadístico**

Debido a que nuestro tamaño de la muestra será menor de 30 utilizaremos la  $t$  de Student y el análisis de los datos se realizará mediante el programa estadístico SPSS a un alfa de 0.05%.

### **3.9. Procedimientos**

#### **Fase 1. Organización**

Se inició con la búsqueda de teorías, estudios e investigaciones realizadas acerca de nuestro tema en la biblioteca de la Universidad de Panamá en la sede Harmodio Arias Madrid; también utilizamos la aplicación virtual de la Universidad de Panamá (Biblioteca Virtual) que nos permitió descargar algunos textos pertinentes a nuestros temas; revisamos las tesis de maestría en Psicología Clínica y de otras licenciaturas o maestrías (Enfermería, Educación física, etc.)

Se entregó la carta de solicitud para realizar nuestro estudio de investigación al director regional de salud de San Miguelito el Dr. Juan Biebarach con la firma de nuestro profesor asesor; luego de obtener la confirmación del Dr. Biebarach se habló en contacto con la Mgter. Iris Amparo Valdés, Psicóloga Clínica del Centro de Salud Nuevo Veranillo quien nos presentó con las entidades que se trabajarían para poder llevar a cabo el estudio.

#### **Fase 2: Diseño de Muestreo**

Primero se dio a conocer en qué consistía el estudio, luego se consultó quien deseaba participar en el programa, se le entregó el consentimiento informado para que se procediera a la firma del mismo y por último se aplicó la prueba de escala de ansiedad rasgo-estado (IDARE) a las jóvenes que aceptaron participar, solo se aplicó la escala de estado por la naturaleza del estudio.

A lo largo del mes de agosto del 2017 la población que contaba con los criterios de inclusión

de nuestro estudio fue un total de 23 embarazadas primigestas de las cuales un total de 10 aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado, nueve de las participantes presentaron ansiedad significativa y una no presentó; durante el programa se presentó la deserción de cuatro jóvenes quedando un total de la muestra de cinco primigestas.

### Fase 3. Aplicación

Se utilizó la aplicación de Excel de Microsoft Word para capturar los datos sociodemográficos, luego se aplicó el pre-test, se dio paso a realizar las entrevistas clínicas a las pacientes, se llevó a cabo la intervención terapéutica y se finalizó con la aplicación del pos-test para verificar si se registró cambios significativos.

### Fase 4. Análisis e interpretación de Resultados

El análisis de los datos se realizará mediante el programa estadístico SPSS a un alfa de 0.05%, se determinaron las puntuaciones del pre-test y el pos-test para así dar a conocer los efectos del tratamiento de la terapia cognitiva conductual.

### Fase 5. Informe Final

- Redacción del primer informe final
- Evaluación del primer informe final (redacción, ortografía, gramática)
- Redacción del Informe Final.

## **3.10. Limitaciones**

Durante el proceso de recolección de la muestra se observó que el Centro de Salud de nuevo Veranillo constaba en aquel momento con una población de adolescentes primigestas (12 a 14 años), lo que dificultó un poco la elección de la muestra porque la revisión de los expedientes de las mujeres entre 19 a 25 años ya tenían de 2 a 3 hijos, por lo que no aplicaban para el estudio. Aunque el fenómeno de embarazo en adolescentes no es objeto de estudio de esta investigación, llama la atención lo temprano en edad con la que las adolescentes empiezan su primer embarazo y la conducta sexual asociada a este fenómeno; también se observó mucha falta de motivación para participar del estudio.



Entre otras limitaciones que se hicieron presente en la muestra fue la falta de compromiso para asistir a las sesiones programadas de algunas pacientes las cuales todas se llegaron a reprogramar y además algunas pacientes no realizaban las tareas que se les indicaba como parte de ayuda en su tratamiento terapéutico.

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Para analizar los resultados, éstos se presentan a través de Estadísticos Descriptivos y se comparan con un Estadístico Inferencial. A continuación, se presentarán primero las características principales de la muestra, seguido de los resúmenes de datos y después las Pruebas de Hipótesis.

#### 4.1 Datos Sociodemográficos:

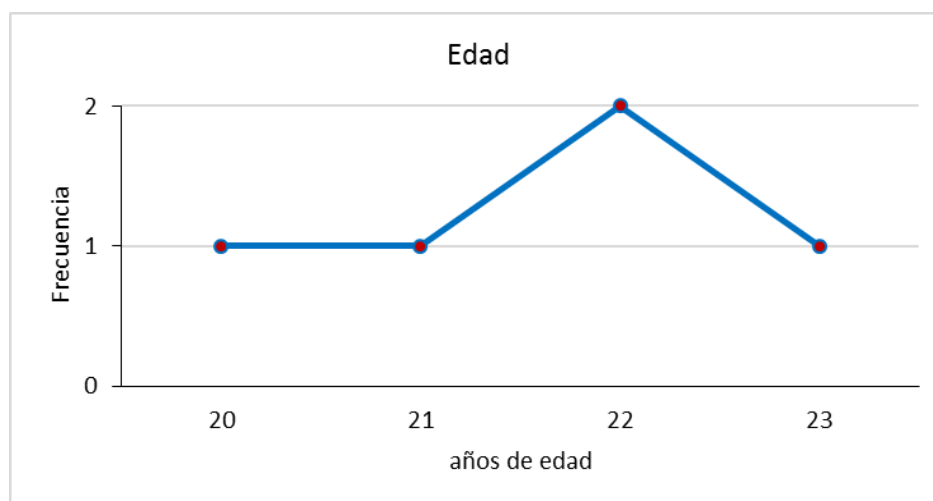
Tabla No. 1

Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20	1	20.0	20.0%	20.0
21	1	20.0	20.0%	40.0
22	2	40.0	40.0%	80.0
23	1	20.0	20.0%	100.0
Total	5	100.0	100.0	

Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Gráfica No. 1



Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

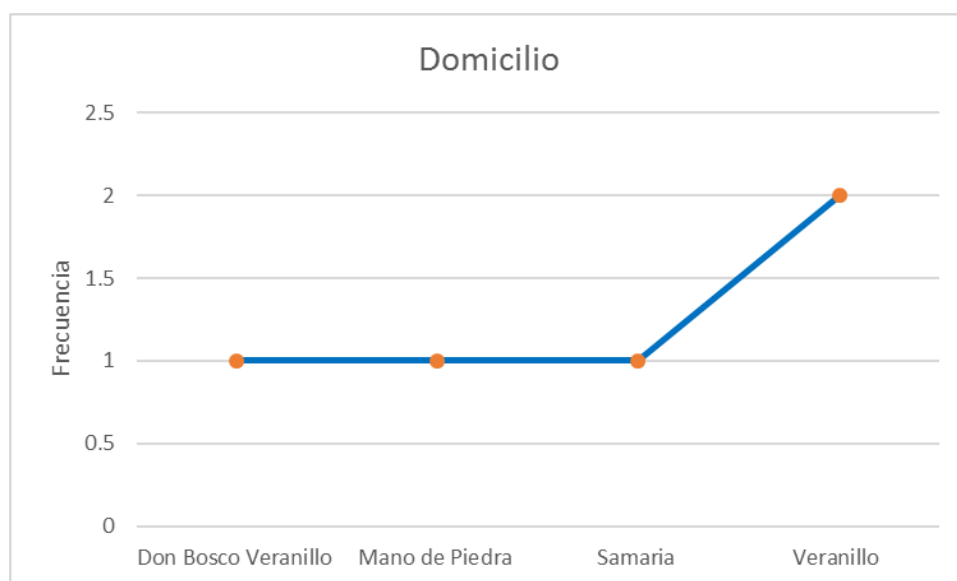
Tabla No. 2

Domicilio

Domicilio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Don Bosco Veranillo	1	20.0	20.0	20.0
Mano de Piedra	1	20.0	20.0	40.0
Samaria	1	20.0	20.0	60.0
Veranillo	2	40.0	40.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	

Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Gráfica No. 2



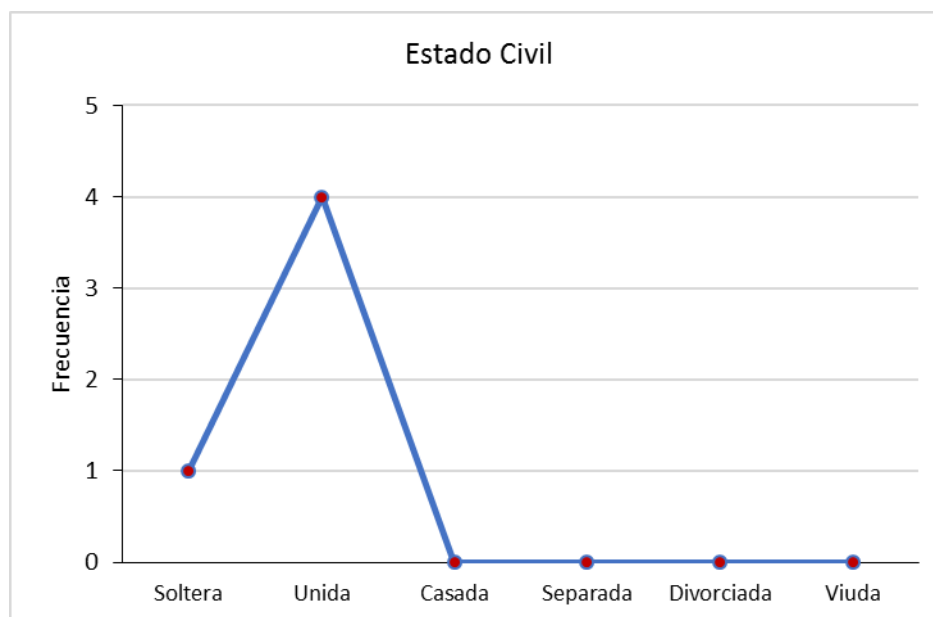
Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Tabla No. 3  
Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	1	20.0	20.0	20.0
Unida	4	80.0	80.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	

Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Gráfica No. 3



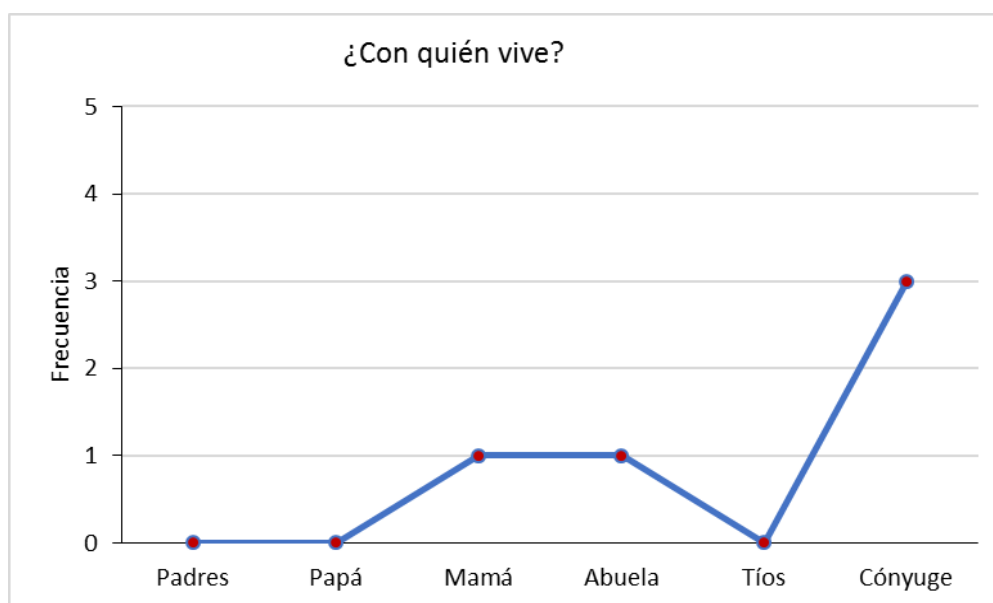
Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Tabla No. 4  
¿Con quién vive?

¿Con quién vive?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mamá	1	20.0	20.0	20.0
Abuela	1	20.0	20.0	40.0
Cónyuge	3	60.0	60.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	

Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Gráfica No. 4



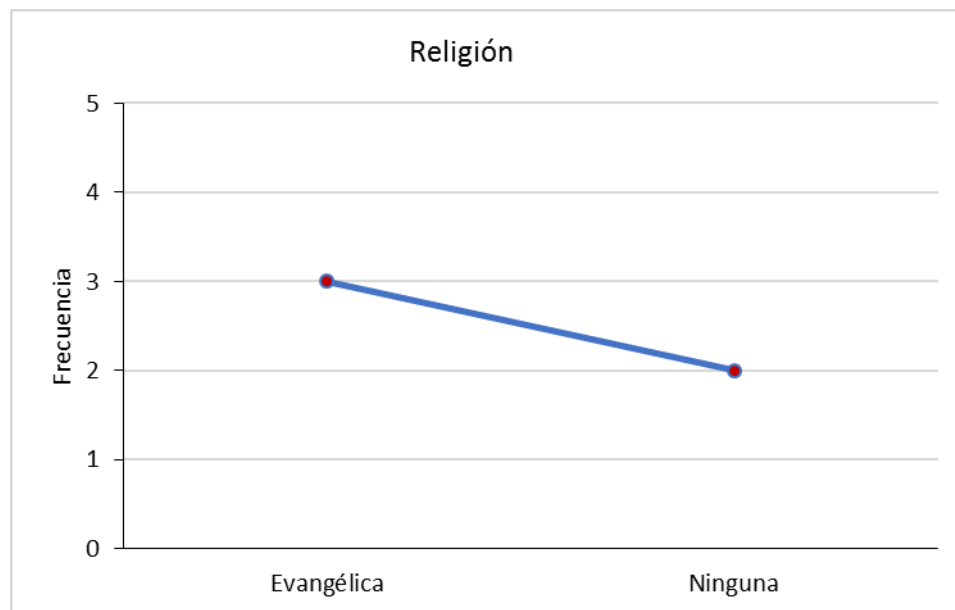
Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Tabla No. 5  
Religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Evangélica	3	60.0	60.0	60.0
Ninguna	2	40.0	40.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	

Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Gráfica No. 5



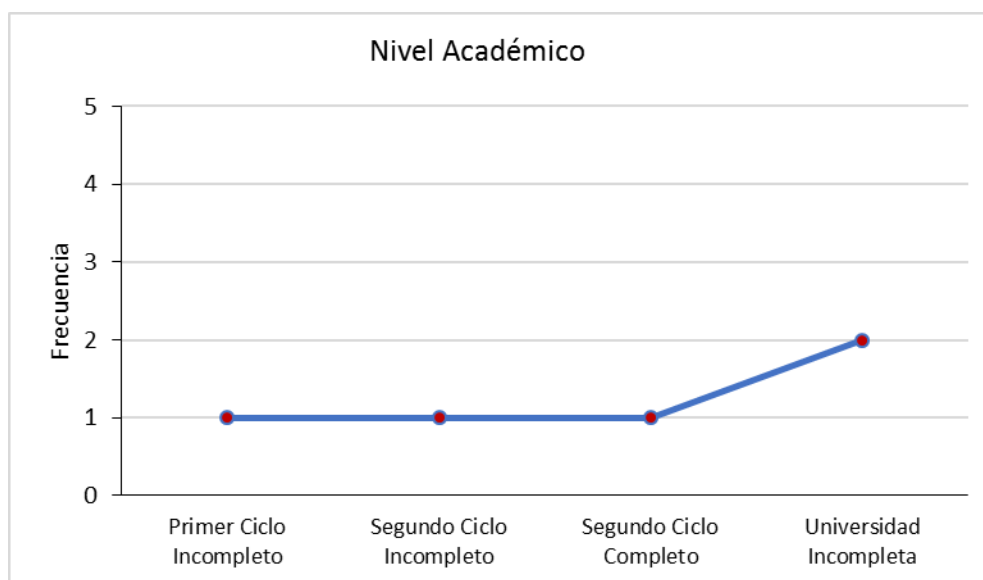
Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Tabla No. 6  
Nivel Académico

Nivel Académico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primer Ciclo Incompleto	1	20.0	20.0	20.0
Segundo Ciclo Incompleto	1	20.0	20.0	40.0
Segundo Ciclo Completo	1	20.0	20.0	60.0
Universidad Incompleta	2	40.0	40.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	

Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Gráfica No. 6



Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

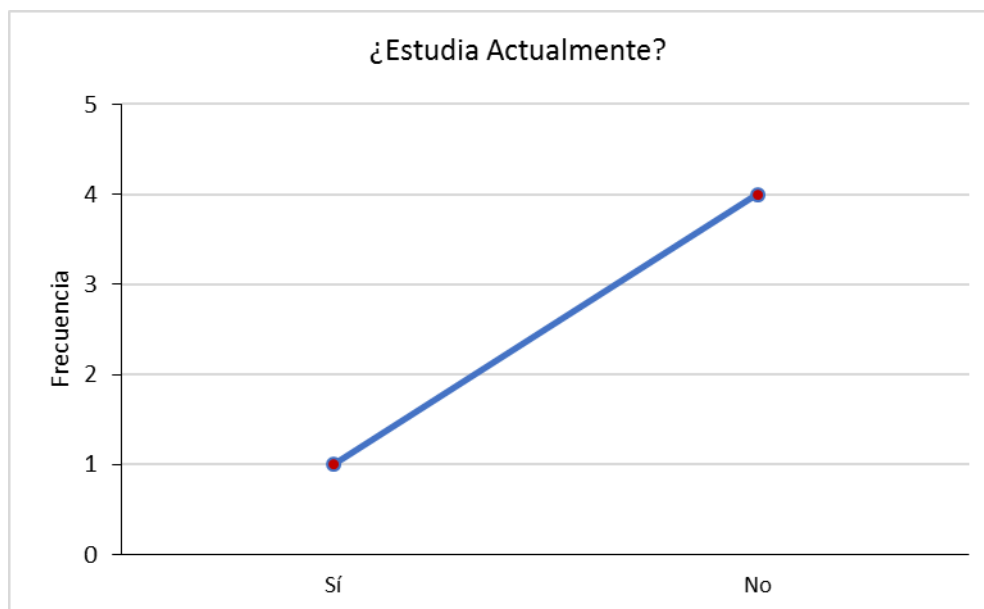


Tabla No. 7  
¿Estudia Actualmente?

¿Estudia Actualmente?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	1	20.0	20.0	20.0
No	4	80.0	80.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	

Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Gráfica No. 7



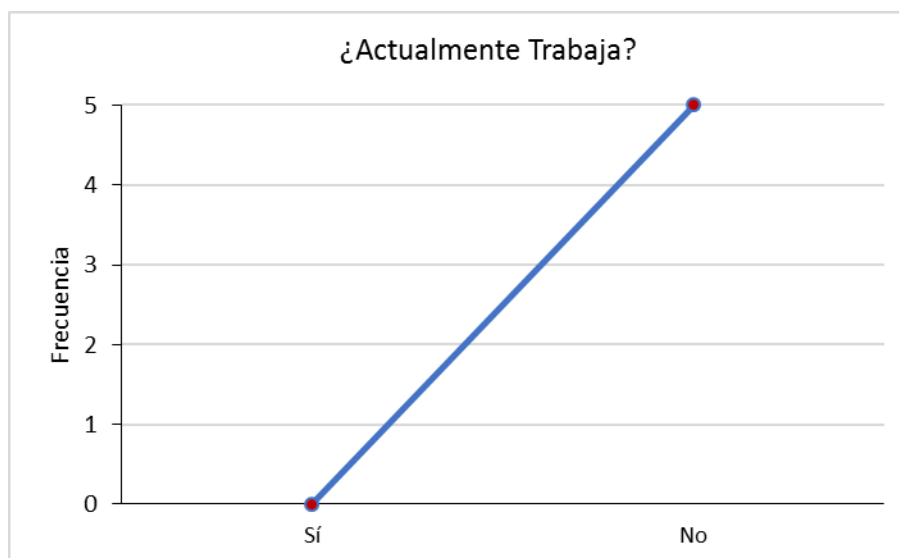
Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Tabla No. 8  
¿Actualmente Trabaja?

¿Actualment e Trabaja?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	5	100.0	100.0	100.0

Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Gráfica No. 8



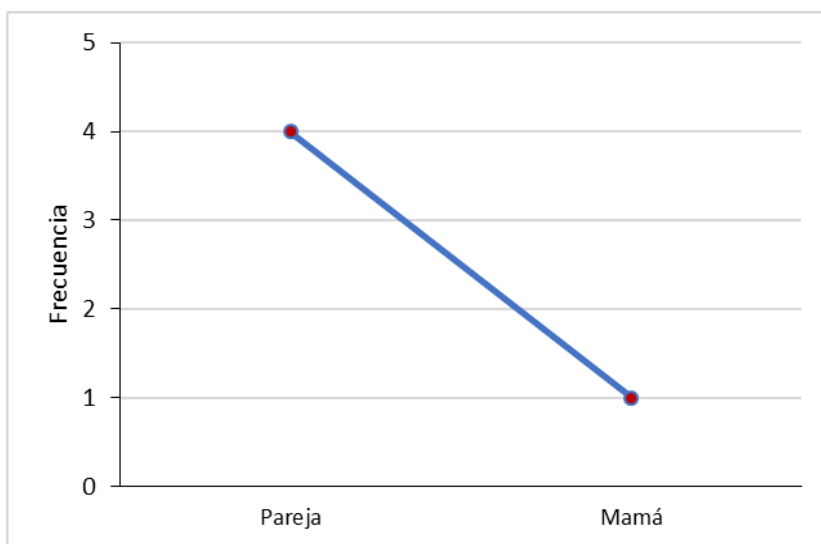
Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Tabla No. 9  
Dependencia Económica

Económicamente depende de	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pareja	4	80.0	80.0	80.0
Mamá	1	20.0	20.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	

Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Gráfica No. 9  
Dependencia Económica



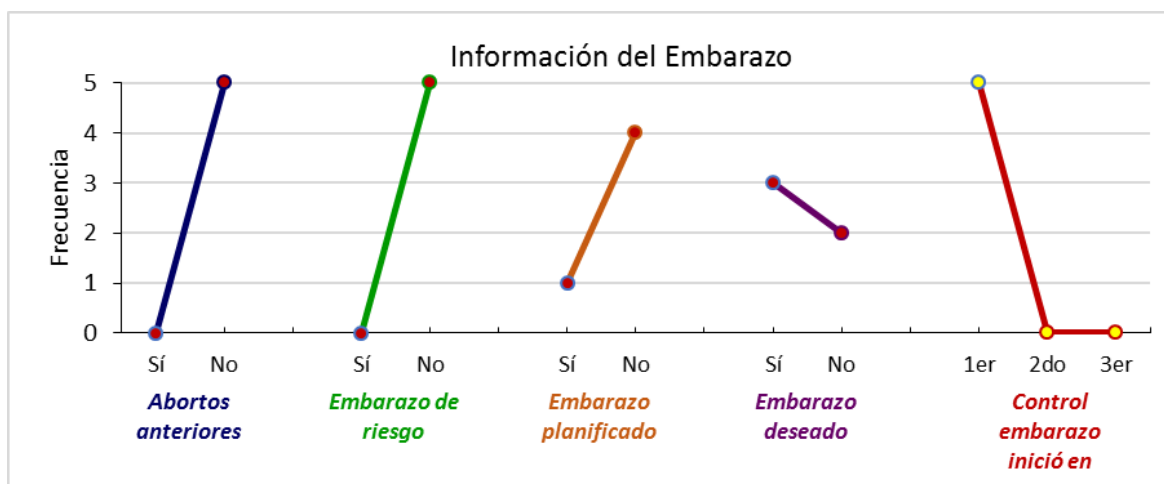
Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Tabla No. 10

Información del Embarazo				
Abortos anteriores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	5	100.0	100.0	100.0
Embarazo de riesgo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	5	100.0	100.0	100.0
Embarazo planificado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	1	20.0	20.0	20.0
No	4	80.0	80.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	
Embarazo deseado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	3	60.0	60.0	60.0
No	2	40.0	40.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	
Control de embarazo inició en	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1er Trimestre	5	100.0	100.0	100.0

Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Gráfica No. 10



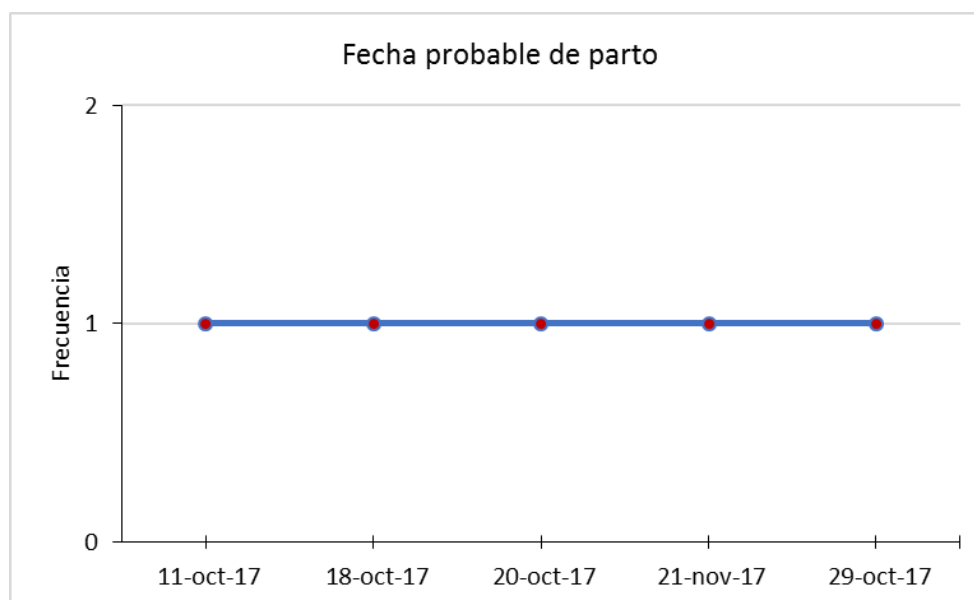
Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Tabla No. 11  
Fecha probable de parto

Fecha probable de parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
11/oct/2017	1	20.0	20.0	20.0
18/oct/2017	1	20.0	20.0	40.0
20/oct/2017	1	20.0	20.0	60.0
21/nov/2017	1	20.0	20.0	80.0
29/oct/2017	1	20.0	20.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	

Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Gráfica No. 11



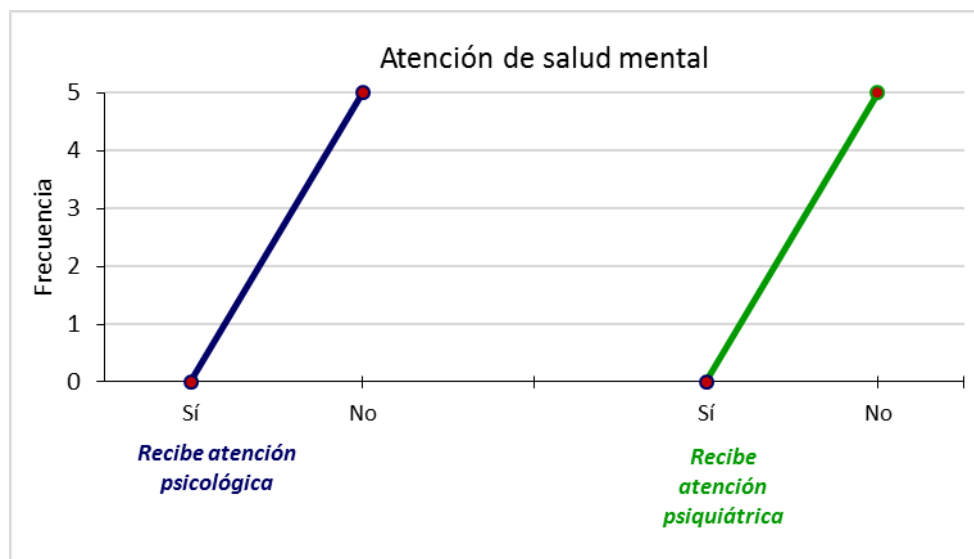
Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Tabla No. 12

Atención de salud mental				
Recibe atención psicológica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	5	100.0	100.0	100.0
Recibe atención psiquiátrica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	5	100.0	100.0	100.0

Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

Gráfica No. 12



Fuente: Formulario Ficha de datos personales. Acuña 2017

### Análisis de Resultados Sociodemográficos:

La muestra de estudio se compone de cinco mujeres primigestas en edades de 20 a 23 años. Todas viven en domicilios dentro del Distrito de San Miguelito, 4 de las 5 participantes del estudio marcaron “Unida” en cuanto al estado civil, mientras que la otra es soltera.

Dos de las participantes respondió pertenecer a un nivel académico de Universidad Incompleta, una hasta Primer Ciclo Incompleto, una hasta Segundo Ciclo Incompleto y la otra hasta Segundo Ciclo Completo.

Tres de las participantes viven con su pareja o cónyuge, mientras que una vive con la abuela y la otra con su madre, además 3 son evangélicas y las otras 2 no identificaron ninguna religión.

Solo una manifestó que estudia actualmente, ninguna trabaja y la mayoría (4 de 5) depende económicamente de la pareja o cónyuge, mientras que una depende económicamente de la madre.

Ninguna de las participantes tuvo abortos anteriores, ni su embarazo es de riesgo. Solo una de ellas señaló que su embarazo es planificado, mientras que 3 de 5 señalaron que su embarazo es deseado. Todas iniciaron el control de embarazo en el primer trimestre.

La Fecha probable de parto es en octubre de 2017 para cuatro de las participantes y una, para noviembre de 2017. Ninguna ha recibido atención psicológica ni psiquiátrica.

## 4.2 Pruebas de Hipótesis

Los estadísticos descriptivos utilizados para presentar los resultados tales como, las calificaciones de la primera parte del Test IDARE (Estado), las dos mediciones del Pre-Test y Post-Test, son las medidas de tendencia central Media Aritmética.

Para las pruebas de hipótesis, el Estadístico Inferencial utilizado es la “T” de Student, la cual es una prueba Paramétrica que busca evaluar la diferencia de medias para mediciones pequeñas. La “T” de Student se utiliza cuando los datos se aproximan a “modelos de probabilidad continuos, tales como la Distribución Normal para muestras grandes ( $>$ ) de 30 sujetos, la “t” de student ... para muestras  $\leq$  de 30sujetos.” (Valderrama, 2011), como es el caso de los datos del Pre-Test y Post-Test de la variable Ansiedad (Estado). La Normalidad de los datos se comprueba a través del test de normalidad Shapiro-Wilk, que es la alternativa a la prueba Kolmogorov-Smirnov cuando la muestra es inferior a 50 sujetos, como se presenta en el siguiente cuadro.

Tabla No. 13  
Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	.300	5	.161	.813	5	.103
Ansiedad Estado - Pre-Test	.231	5	.200*	.881	5	.314
Ansiedad Estado - Post-Test	.275	5	.200*	.879	5	.305

\*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Fuente: Formulario Ficha de datos personales Acuña 2017 y test IDARE aplicada

Al observarse Significancias superior al 0.05, se concluye que las variables Edad, Ansiedad Estado - Pre-Test y Ansiedad Estado - Post-Test reflejan que sus datos se ajustan a una Distribución Normal, según las Pruebas de Normalidad. Por lo tanto, se optará por utilizar



Estadísticos Paramétricos para las pruebas de hipótesis para comprobar si el tratamiento produjo cambios significativos.

Específicamente se utiliza la prueba “T” de Student para muestras relacionadas o dependientes para las comparaciones entre el Pre-Test y Post-Test de los resultados de la parte estado del test IDARE.

A continuación, se presenta el Cuadro del Diseño de investigación junto con las mediciones para facilitar el análisis de las pruebas de hipótesis. Se utilizó en la aplicación del test IDARE, solo los resultados de estado, no de rasgo, ya que se pretende modificar el estado transitorio de ansiedad (síntomas de ansiedad) por el que pasan las embarazadas primigestas y para ello es más pertinente evaluar entonces el estado.

Tabla No. 14  
Diseño de Investigación Pre-Experimental

<b>G</b>	<b>O<sub>1</sub></b>	<b>X</b>	<b>O<sub>2</sub></b>
Promedio	$\bar{X}_1 = 59.40$		Promedio $\bar{X}_2 = 51.80$
Desviación Estándar	$\sigma_1 = 1.67$		Desviación Estándar $\sigma_2 = 3.96$

Fuente: Elaboración propia y test IDARE aplicado

En donde **G:** Grupo

**X:** Tratamiento

**O<sub>1</sub>:** Medición del Pre-Test del Grupo Experimental

**O<sub>2</sub>:** Medición del Post-Test del Grupo Experimental

Entiéndase que  $H_0$  = Hipótesis Nula;  $H_1$  = Hipótesis Alterna;  $\alpha = 0.05$  es el Margen de Error de 5%.

Hipótesis Estadística:

$H_0: O_2 = O_1$

$H_1: O_2 < O_1$

#### Reglas de Decisión:

Con un margen de error  $\alpha = 0.05$  es el de 5%, se rechaza la Hipótesis Nula si la “t” observada es mayor que el Valor crítico de t (dos colas) 2.776 o menor que -2.776. Con un margen de error  $\alpha = 0.05$  es el de 5%, se acepta la Hipótesis Alterna si el Valor crítico de t (una cola) es menor que -2.132.

#### Cálculos matemáticos:

Se utiliza la “T” de Student para muestras dependientes con la fórmula siguiente:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S_{\bar{D}}} \quad \text{en donde} \quad S_{\bar{D}} = \sqrt{(S_{D_2})^2 + (S_{D_1})^2 - 2r(S_{D_2})(S_{D_1})}$$

Tabla No. 15

#### Prueba de muestras relacionadas

	t	Gl	Sig. (bilateral)
Ansiedad Estado - Pre-Par 1 Test vs Ansiedad Estado - Post-Test	-4.494	4	0.011

Fuente: Elaboración propia y test IDARE aplicado

#### Decisión:

Se rechaza la Hipótesis Nula, dado que la “t” observada fue menor que -2.776 (prueba a dos colas). por lo tanto, sí se encontraron diferencias significativas entre las mediciones del Pre-Test y Post-Test. Se acepta la Hipótesis Alterna, dado que la “t” observada fue menor que -2.132 (prueba a una cola), por lo tanto, el Post-Test fue significativamente menor que el Pre-test.

#### Discusión:

Las características observadas de la muestra, por mediciones tomadas del Formulario Ficha de datos personales, reflejan que las 5 participantes del estudio se ajustaron a los criterios de inclusión tales como: las mujeres Embarazadas fueron Primigestas, participaron del estudio en el Tercer Trimestre del embarazo, Ingreso al control prenatal en el primer trimestre de embarazo, reflejaron según el IDARE (Estado) Niveles de Ansiedad clínicamente

significativos, estaban en edades entre 19 a 23 años, dieron su consentimiento para participar en el tratamiento, no estaban recibiendo atención clínica psicológica en el momento del tratamiento y su Historia clínica reflejó no tener antecedentes psiquiátricos.

Otras de las características encontradas en la muestra de estudio es que todas viven en el Distrito de San Miguelito, tres viven con su pareja, mientras que una vive con la abuela y la otra con su madre. Sobre su nivel académico, 2 son universitarias y una de ellas es la única de la muestra que actualmente está estudiando, luego 2 no han completado la escuela y la otra llegó hasta Segundo Ciclo Completo. Ninguna trabaja actualmente y la mayoría (4 de 5) depende económicamente de la pareja, mientras que una depende de la madre.

Cabe destacar que solo una señaló que su embarazo fue planificado y 3 de 5 señalaron que su embarazo fue deseado.

Las pruebas de hipótesis llevan a comprobar que se encontraron diferencias significativas entre las mediciones del Pre-Test y el Post-Test, específicamente se encontró que las mediciones del Post-Test fueron significativamente menores que las del Pre-Test, lo que a su vez sustenta que el tratamiento produjo la suficiente varianza sistemática como para producir cambios significativos, traduciéndose en una disminución significativa de los síntomas de ansiedad después del tratamiento.

Si bien los promedios del test IDARE (Estado) reflejaron tanto en el Pre-Test como en el Post-Test resultados ambos dentro de la clasificación “Nivel de ansiedad Alto” (por “Puntuaciones T” del IDARE mayores a 45), se destaca que el Post-Test fue significativamente menor, lo que sustenta la Hipótesis de que el tratamiento reduciría significativamente los niveles de ansiedad

## **CONCLUSIONES**

1. El período de embarazo en una mujer primigesta suele estar acompañado de dudas, expectativas e incertidumbres, creencias y miedo existentes, aunque también sentimientos positivos por dar origen a una nueva vida. Dentro de la normalidad, las mujeres se pueden adaptar a los cambios físicos, sociales, familiares y hasta económicos alrededor del embarazo.
2. Dependiendo de las características de personalidad, factores socioeconómicos, familiares, entre otros, tal adaptación puede no darse de manera satisfactoria, dando lugar a niveles de ansiedad considerables y otras patologías, mermando la calidad de vida en el periodo de embarazo.
3. Las características de la muestra reflejan que todas las participantes mostraron Niveles de Ansiedad clínicamente significativos antes de tratamiento, la menor de todas tenía 19 años y la mayor 23, con domicilio en la misma zona geográfica, Distrito de San Miguelito, 4 son unidas y una sola es soltera. Ninguna trabaja actualmente, la mayoría (4 de 5) depende económicamente de la pareja, otra de la madre, y por lo menos 3 han terminado la escuela, siendo dos ellas universitarias, una sola estudia actualmente. Una, tan solo, señaló que su embarazo fue planificado y 3 de 5 señalaron que su embarazo fue deseado.
4. El tratamiento cognitivo conductual aplicado en embarazadas primigestas demostró efectividad ya que se encontraron, tanto diferencias significativas entre las mediciones del Pre-Test y el Post-Test, así como se encontró que el Post-Test fue significativamente menor que el Pre-Test. En otras palabras, después del tratamiento las participantes demostraron niveles de ansiedad significativamente menores que antes del tratamiento.
5. Aunque el “Nivel de ansiedad Alto”, según el IDARE (Estado), se haya registrado tanto antes del tratamiento como después de este, en el Post-Test se destaca una disminución significativa de la puntuación que mide el Estado de ansiedad, lo que sustenta la Hipótesis de que el tratamiento redujo significativamente los niveles de ansiedad.

## **RECOMENDACIONES**

1. Es importante que las instancias de salud pública promuevan de manera efectiva programas de psicoprofilaxis en mujeres embarazadas y que éstos se den a conocer más ampliamente para que la población de mujeres embarazadas, sobre todo las que están dentro de un nivel socioeconómico bajo, para poder tener más y mejor acceso a la salud física y psicológica.
2. Todos los Programas de promoción de la salud y preventivos, sobre todo los destinados a la población de mujeres embarazadas deben estar avalados por una validación o sustento científico de su efectividad, ya que el implementar programas de salud que no provengan de una elaboración sistemática o los que supuestamente sí, pero no se les mide su efectividad, puede provocar costos altos para los organismos de salud pública y no necesariamente mejoran la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud.
3. Se necesitan más investigaciones en materia de promoción de la salud y prevención dirigidos a la población de mujeres embarazadas, que no solo traten patologías como la ansiedad y la depresión, sino también que exploren estrategias de adaptación social, familiar, emocional, laboral y económica, ante los cambios producto del embarazo y nacimiento de un nuevo ser en la familia.
4. Es recomendable que las intervenciones o tratamientos que se diseñen en el contexto de la psicoprofilaxis incluyan a la pareja o cónyuge para ayudar a la futura madre en función de sentirse más apoyada, lo que impacta en la salud emocional de la madre.
5. Los programas de promoción de la salud y prevención dirigidos a la población de mujeres embarazadas, que incluyen la psicoprofilaxis deben considerar variables como la edad de la embarazada, su nivel socioeconómico, cultural y nivel educativo.
6. Dado que se presenta el fenómeno de madres adolescentes, iniciando desde edades entre los 12 y 14 años, se recomienda replicar la investigación tomando en cuenta no solo la edad de las primigestas, sino también el ofrecer una intervención informativa y preventiva a la familia de la adolescente embarazada, para que los factores familiares, de ser desfavorables, puedan atenuarse y procurar el bienestar de la embarazada.
7. Por lo anteriormente señalado, también es indicado que las futuras investigaciones relacionadas con la temática de mujeres primigestas, aunado al fenómeno de embarazos en adolescentes, se trabaje con un equipo interdisciplinario, conformado por profesionales de

la salud física de la embarazada (médicos y enfermeras), profesionales de la salud mental como psicólogos y psiquiatras, así como también profesionales de las ciencias sociales como el Trabajador Social y los sociólogos para cubrir también el abordaje social, socioeconómico y cultural sobre el bienestar de la mujer embarazada en Panamá.

8. Se recomienda replicar esta investigación de tal forma que se varíen en la cantidad de sesiones, es decir, que contengan más sesiones como para tener más probabilidad de no solo lograr cambios significativos positivos, como sí ocurrió en esta investigación, sino también para aumentar la probabilidad de que los cambios significativos conlleven en un salto de categoría de nivel de ansiedad, es decir, que cambie de nivel de ansiedad alto a medio.
9. Si se replica esta investigación también se debe tomar en cuenta realizar más sesiones grupales ya que la identificación de grupo, es decir unas con otras, también puede ser terapéutico.
10. Para futuras investigaciones relacionadas con esta o para la evaluación de otros programas psicoeducativos y de psicoprofilaxis, es necesario contar con el apoyo de la administración y el personal médico, que atiende a las mujeres embarazadas, para que ellos puedan motivar o incentivar de alguna manera la participación de las embarazadas en estos programas e investigaciones, ya que tan solo con que él o la investigadora aborde a una primigesta para explicarle los beneficios de participar en una investigación puede no ser suficiente, a menos que el personal médico y administrativo ya les vaya preparando y alentando a participar.



## **BIBLIOGRAFÍA**

## Textos Consultados

- Alba Romero , C., Aler Gay , I., & Olza Fernández , I. (2012). *Maternidad y Salud Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Balluerka , N., & Vergara , A. (2002). *Diseño de Investigación Experimental en Psicología* . Madrid : Pearson Educación .
- Calle, R. A. (1990). *Ante la ansiedad* . Barcelona: Urano S.A.
- Cardus i Font, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: una aproximación desde la antropología. *Dilemata*, 129-145.
- Da Rocha Pereira , R., Franco , S. C., & Baldin , N. (2011). El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 204-210.
- De Molino- Fernandez , I., Rubio-Rico, L., Roca- Biosca, A., Jimenez-Herrera, M., De la Flor - Lopez , M., & Sirgo , A. (2015). Ansiedad y miedo de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 17-24.
- Dexeus, S., & J. F. (1994). *La mujer su cuerpo y mente*. España: Temas de hoy S.A.
- Ellis , A., & Grieger, R. (1990). *Handbook of Rational Emotive therapy*. New York : Springer
- Elnuevodia.com. (24 de agosto de 2016). Alerta a la ansiedad y depresión durante el embarazo. *Endi*.
- Guerra, A. J. (1985). *Estudio Comparativo entre los estados emocionales (Ansiedad y Depresión) en un grupo de mujeres gestantes y sus condiciones del embarazo, parto y de las respuestas conductuales de los recién nacidos*. Panamá.
- Greenhill, J., & Friedman , E. A. (1977). *Obstetricia* . Mexico D.F: Interamericana S.A .

- Hernández Sampieri , R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio , P. (2006). *Metodología de la investigación* . México D.F: Mc Graw- Hill Interamericana .
- Lombardía Prieto , J., & López de Castro , F. (s.f.). *Problemas de Salud en el embarazo* . España : océano / ergon .
- McPherson De Rodriguez , S. (1989). *Creencias y costumbre en relación al embarazo, parto y puerperio en grupos de embarazadas de la comunidad del Chorrillo, Panamá*. Panamá.
- Moreno, F. C. (2000). *Diccionario de Pedagogía y psicología* . Madrid: Brosmac.
- Nohora Barrero. (2003). *Nacimiento Parto y primer año*. Colombia: Rezza.
- Obst Camerini, J. A. (2008). *La terapia Cognitiva integrada y actualizada*. Buenos Aires : CATREC.
- Peron Giaxa, T. E., & da Silva Marquez Ferreira , M. d. (2011). Miedo e inseguridad de la gestante durante el trabajo de parto como motivos para la demanda de internación precoz. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 363-369.
- Parejo Miguez , R., & Jimenez , A. (s.f.). Ansiedad y Depresión. En J. & Lombardía Prieto, *Problemas de Salud en el embarazo* (págs. 235 - 237). España: Oceano ergon.
- Quezada Romero , Marcia Marlotte. (1997). Estudio descriptivo de los niveles de ansiedad estado rasgo en 11 mujeres primigestas con una relación marital estable y 7 mujeres primigestas sin una relación marital estable a traves de la prueba de ansiedad de Spielberg. Tesis de licenciatura. Facultad de Humanidades. Universidad de Panamá.
- Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.

Vásquez Fuentes, Madelane I. (2007). Intervención Psicoterapéutica en un grupo de madres adolescentes de 14 a 19 años que presentan síntomas depresivos. *Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad de Panamá.*

Vásquez Reina, M. (11 de enero de 2013). *Eroski Consumer*. Obtenido de <http://www.consumer.es/web/es/bebe/parto/preparacion/2013/01/11/215326.php>

Waresquiel, E. d. (1995). *Diccionario de Psicología*. Barcelona : Larousse.

Warren, H. C. (1999). *Diccionario de Psicología* . México : Fondo de cultura económica.

## **ANEXOS**

**ANEXO No. 2**  
**Ficha de datos Personales**

No. de Paciente: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltera \_\_\_\_ Unida \_\_\_\_ Casada \_\_\_\_

Actualmente con quien vive usted:

Padres \_\_\_\_ Papá \_\_\_\_ Mamá \_\_\_\_ Abuela \_\_\_\_ Tíos \_\_\_\_ Conyugue \_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Nivel Académico:

Primaria: Incompleta \_\_\_\_ Completa \_\_\_\_

Primer ciclo: Incompleto \_\_\_\_ Completo \_\_\_\_

Segundo ciclo: Incompleto \_\_\_\_ Completo \_\_\_\_

Universidad: Incompleta \_\_\_\_ Completa \_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Actualmente estudia: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Actualmente trabaja: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Económicamente depende de: \_\_\_\_\_

**Datos de Embarazo:**

Abortos anteriores Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Embarazo de Riesgo Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (Si contesta si indique, cuál)

Embarazo Planificado: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Embarazo Deseado: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Su control inicio en:

Primer Trimestre \_\_\_\_ Segundo trimestre \_\_\_\_ Tercer Trimestre \_\_\_\_

Fecha probable de parto: \_\_\_\_\_

Actualmente recibe atención psicológica: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Anteriormente ha recibido atención psiquiatra Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**ANEXO No. 3**  
**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Título de la investigación:** Terapia Cognitivo Conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa.

**Investigador:** Francia Acuña    **Cédula:** 8-834-766    **Celular:** 6763-908

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Esta investigación se centra en la disminución de la ansiedad al parto mediante la terapia cognitivo conductual en primigestas entre 19 a 25 años que pertenecen al programa materno del Centro de Salud Nuevo Veranillo y se encuentren en su tercer trimestre de embarazo.

Todo dentro del estudio se manejará con suma confidencialidad por lo tanto no se utilizará su nombre, su participación es totalmente voluntaria.

Los beneficios que se desean obtener por medio de este estudio es combatir los miedos existentes al trabajo de parto, cambiar creencias falsas y tener mayor control físico, emocional y mental durante el parto.

Yo \_\_\_\_\_ con cédula de identidad \_\_\_\_\_ doy consentimiento para participar en este estudio, declaro que estoy de acuerdo y comprendo todo lo que he leído en este documento y doy mi consentimiento para participar en el mismo.

\_\_\_\_\_  
**Firma del participante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**ANEXO No. 4**  
**Ficha de Entrevista Clínica**

**Datos Generales:**

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Domicilio:

Estado Civil:

Religión:

Ocupación:

Referido por:

**Motivo de Consulta:**

**Descripción de la paciente:**

**Anamnesis Familiar**

1. ¿Cuál es la dinámica del funcionamiento de la familia?
2. ¿Ha tenido algún problema familiar significativo?
3. ¿Cómo es la relación entre los padres?
4. ¿Cómo es la relación con los hermanos?
5. ¿Puede usted abiertamente exponer algún problema con sus familiares?
6. ¿Cuál es la actitud de sus padres hacia su pareja?
7. ¿Cuál es la actitud de sus padres hacia el embarazo?
8. ¿Cuáles son las figuras de apoyo con las que cuenta actualmente?

**Anamnesis del embarazo**

1. ¿Cómo y cuándo se dio cuenta que estaba embarazada?
2. ¿Qué síntomas del embarazo se manifestaron en usted?

\_\_\_\_\_ Sangrado vaginal

\_\_\_\_\_ Ganas frecuentes de orinar



☐ Retraso menstrual      ☐ Fatiga y sueño excesivo  
☐ Mareos      ☐ Dolor de cabeza  
☐ Dolor en los senos      ☐ Dolor de espalda  
☐ Náuseas y vómitos      ☐ Aversión a olores fuertes

☐ Variaciones del Humor    Otros:

3. ¿Existen medicamentos ingeridos durante el embarazo?  
 Si ☐      No ☐
4. ¿Ha consumido alcohol durante el embarazo?  
 Si ☐      No ☐
5. ¿Ha fumado durante el embarazo?  
 Si ☐      No ☐
6. ¿Ha consumido algún tipo de droga durante el embarazo?  
 Si ☐      No ☐
7. ¿Cuáles fueron sus primeros pensamientos al saber que estaba embarazada?
8. ¿Cuál fue su primera emoción al saber que estaba embarazada?  
☐ tristeza      ☐ miedo  
☐ felicidad      ☐ ira  
☐ sorpresa      otro:
9. ¿Cuál fue la reacción de su pareja al enterarse de que estaba embarazada?

### **Desarrollo a través del ciclo vital**

1. ¿Cómo fue su niñez?
2. ¿Cómo fue su adolescencia?
3. ¿Cómo se relacionó con su entorno durante su infancia y adolescencia?
4. ¿Quién le informó acerca de la menstruación?
5. ¿Cuántos novios has tenido? ¿Cómo han sido sus experiencias e ilusiones amorosas?
6. ¿A que edad inicio las relaciones sexuales?
7. ¿Qué método anticonceptivo utilizo para protegerse?
8. Explorar ¿Cómo aprendió sobre las actividades sexuales, la concepción y el embarazo y quien fue responsable de este aprendizaje?
9. ¿Cuáles son sus intereses intelectuales?
10. ¿Cuáles son sus metas a futuros?
11. Explorar la capacidad de socializar en la vida adulta
12. Explorar la historia educativa y laboral en la vida adulta.
13. Investigar las actitudes y conductas sexuales en la vida adulta

- Elección de pareja
- Cómo lo conoció
- El noviazgo

### **Examen Mental:**

1. Apariencia Física:
2. Actividad Psicomotora:
3. Expresión del rostro:
4. Mímica y gesticulación:
5. Manera de aceptar el interrogatorio. Actitud hacia el psicólogo
6. Variación cuantitativa del lenguaje

### **Valoración del estado de ánimo y afecto:**

1. Afecto
2. Estado de ánimo
3. Manifestación de ansiedad durante el interrogatorio

### **Evaluación de funciones cognitivas:**

1. Nivel de conciencia:
  - 1.1 Perturbación cualitativa de la conciencia:
  - 1.2 Estado de restricción y disociación de la conciencia
2. Orientación personal, espacial y temporal
3. Atención y concentración

**ANEXO No. 5**  
**Desarrollo de Sesiones**

**Sesión n°1: Entrevista Clínica**

**CASO N°1:**

**Datos Generales**

Nombre: 03JA

Fecha de Nacimiento: 22 de julio 1996

Edad: 21

Sexo: Femenino

Domicilio: Don Bosco Veranillo

Estado Civil: unida

Religión: Ninguna

Ocupación: ama de casa

Referido por: Asistencia Voluntaria

**Motivo de Consulta:**

“Me metí al programa porque no tengo conocimiento de nada... como soy primeriza”

**Descripción de la paciente:**

03JA es una joven delgada, alta de tez blanca, se presenta con una apariencia acorde a su edad, presenta facilidad en el discurso y durante la entrevista mantiene el contacto visual.

**Historia del Paciente**

- 03JA actualmente reside con su abuela, tía y en ocasiones su pareja va a visitarla.
- Sus padres nunca tuvieron una buena relación.
- Su relación con sus padres es complicada, casi no se comunica con su padre y con su madre conversa pero no se siente en confianza.
- Tiene un total de 18 hermanos, de parte de papá son 14 con diferentes mujeres con ellos mantiene poca comunicación solo con la hermana mayor es que se comunica más, por parte de la madre son 4 hermanos con el mismo hombre que actualmente es su pareja con ellos si interactúa más a menudo, tienen más afinidad con su hermana de 18 años.

- Durante su infancia sus padres nunca vivieron juntos ni mantuvieron buena relación, incluso el padre indicaba que ella no era hija de él y la rechazaba constantemente hasta cuando cumplió 4 años que la reconoció legalmente por el parecido a él.
- Su madre era muy estricta con ella y no le ofrecía amor mientras su abuela era más cariñosa con ella.
- 03JA indica que su infancia la califica como tranquila era buena estudiante y se relacionaba bien socialmente.
- No recibió orientación de la menstruación por ningún familiar.
- Vivió hasta los 12 años con su madre, su abuela y tía; luego la madre se mudó y ella se quedó con la abuela.
- 03JA indica que mantuvo buena conducta hasta los 12 años y de ahí menciona que se tornó rebelde debido a un problema familiar significativo.
- El problema familiar fue el siguiente: su tío por parte de madre no estaba en buenos caminos, unas personas lo estaban buscando a él y como no lo encontraron subieron a la casa de 03JA donde además se encontraban su abuela y su tía, las apuñalaron a las tres en señal de amenaza y quedaron herida, al suceder esto se mudaron.
- Ella regreso con su madre por un tiempo, sin embargo, la relación no era buena la madre de 03JA siempre le gritaba que: “por su culpa su vida se había arruinado” y al tiempo regreso con su abuela.
- A partir de los 12 años manifiesta que era muy rebelde, grosera y quería hacer lo que le daba la gana en la escuela siempre estaba en problema (peleas) y la cambiaban o expulsaban de la escuela.
- Ella indica que “Siempre los problemas me llaman”
- Debido a los problemas que siempre tenía y a su rebeldía no culminó la escuela y solo llevo hasta tercer año.
- A los 14 años se fue de la casa para vivir con su novio.
- A los 14 años inicio las relaciones sexuales y no utilizaba ningún método anticonceptivo.
- Su novio era un joven de 16 años perteneciente a la banda conocida como Bagdad.

- La relación duro 5 años durante el primer año 03JA indica que “todo fue color de rosa” luego iniciaron muchos problemas como violencia doméstica constantemente, uso y abuso de alcohol, cigarrillo y drogas (Marihuana y cocaína).
- A los 18 años de edad trabajo en el Centro de Salud de Cerro Batea como promotora de Salud.
- Luego el novio de 03JA lo agarraron preso por sospecha de homicidio durante un año, en este tiempo ella consiguió un trabajo de salonera para sustentar sus gastos, alquilo un cuarto y ayudaba a su novio; al salir de la cárcel 03JA y su novio se fueron a Santiago debido a que no podía estar cerca del área donde vivía anteriormente ya que lo buscaban.
- Durante su estadía en Santiago ya no se sentía a gusto y deseaba regresar a Panamá donde le pide el favor a su madre que la ayudara para regresar y que indicar a que ella la necesitaba en Panamá, la madre accedió.
- Antes de irse de Santiago sucedieron dos episodios de alta violencia él primero se vio involucrada la hermana del novio ella estaba en estado etílico y empezó a decir que 03JA le robaba a su madre se tornó esto en una gran pelea la cuñada se le abalanzó y ella tenía una botella en mano la rompió y con esta la apuñaleo para protegerse del ataque, en el segundo fue 03JA con su pareja el lleno de celos empezó a corretearla con un palo y luego tomo un machete que no tenía filo y logro rasguñarla de ahí 03JA con un objeto corto punzante apuñaleo 7 veces en la espalda a su pareja, luego de estos sucesos con lo que tenía ahorrado se fue para Panamá.
- El joven siguió buscándola hasta octubre del 2015 e insistía que regresara con él, pero ella le decía que dejaran las cosas así, 03JA ya no quería seguir con esa vida.
- Después de dos meses de haber regresado a Panamá inicio una nueva relación con un joven de 20 años donde experimento lo mismo de la relación anterior había golpes, alcohol y drogas, esta relación duro seis meses.
- Luego al mes siguiente se fue a Bocas del Toro con su hermana y conoció a su actual pareja de 21 años, 03JA indica que es un buen muchacho no consume drogas ni fuma, solo bebe algunas cervezas y nunca le ha levantado la mano durante el tiempo que llevan su relación, ella manifiesta que si ha existido problemas debido a una infidelidad

donde ella decidió dejarlo sin embargo al mes siguiente se dio cuenta que estaba embarazada y regresaron.

- 03JA se da cuenta que está embarazada al primer mes por su retraso menstrual, lo primero que pensó fue: “Que mi vida se había arruinado” estaba muy decepcionada de ella, sintió tristeza, miedo e ira no sabía qué hacer. Su pareja al principio no lo creyó hasta cuando vio los exámenes.
- Sus padres se llevan bien con su pareja y están contentos con su embarazo sobre todo su madre que por primera vez va ser abuela.
- Actualmente 03JA considera que sus figuras de apoyo con las que cuenta son su hermana por parte de mamá y su pareja.
- Manifiesta que su mayor preocupación en este momento es no tener un trabajo.
- Sus metas a futuro es culminar sus estudios, adquirir una profesión y conseguir un buen trabajo.

#### Examen Mental:

7. Apariencia Física: normal
8. Actividad Psicomotora: normalidad
9. Expresión del rostro: ligera tristeza en algunos momentos de la entrevista se le aguaban los ojos.
10. Mímica y gesticulación: tensa, trato de no traslucir sus sentimientos
11. Manera de aceptar el interrogatorio. Actitud hacia el psicólogo  
Buena actitud muy abierta a contar su vida, interesada, cooperativa, franca con muchas ganas de recibir ayuda
12. Variación cuantitativa del lenguaje: normal

#### Valoración del estado de ánimo y afecto:

4. Afecto: reducida la capacidad para expresar sus reacciones afectivas.
5. Estado de ánimo: tristeza moderada
6. Manifestación de ansiedad durante el interrogatorio: normal

**Sesión n°2:** Psicoeducación: “El Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, emocional y psicológica del Parto”

**Sesión n°3:** Psicoeducación: “El Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, emocional y psicológica del Parto”

**Sesión n°4:**

- ✓ Revisión de la tarea: si la realizó, investigo sobre la terapia cognitiva conductual, explicó lo que había entendido referente a la terapia.
- ✓ Se le converso en qué consistía la terapia cognitiva conductual.
- ✓ Además se explicó la importancia de la tarea en casa.
- ✓ Establecimiento de meta: Ir preparada al parto
- ✓ Explicación de la próxima tarea.

**Sesión n°5:**

- ✓ Revisión de la tarea: No la hizo en casa, porque no tuvo tiempo.
- ✓ Se procedió a explicar la importancia de realizar las tareas en casa y se trabajó la tarea en la sesión.
- ✓ Creencia de la paciente: “Me va a ir mal en el parto porque no tengo muchas caderas y he escuchado que cuando es así cuesta más dar a luz”
- ✓ Se trabajó con la creencia que tenía la paciente, el pensamiento y la emoción que surgía al tener esta creencia y cuál era la conducta que desarrollaba por contener esta creencia.
- ✓ Se mostró la relación que guarda el pensamiento, la emoción y la conducta y como podía afectarle en su estado manteniendo esta creencia.

**Sesión n°6:** Sesión reprogramada

- ✓ Revisión de la tarea: si realizo la tarea en casa.
- ✓ Pensamientos negativos que surgen:
  - a. No sé si podre amamantar.
  - b. Y si mi bebé no nace sano
  - c. ¿Sobreviviré al parto?

d. Cambiará mi vida, no sé si estoy lista para ser mamá.

- ✓ Se demostró como tener una base de conocimiento racional de manera que la paciente tuviera una nueva filosofía de esta manera cambiando aquellos pensamientos negativos.

**Sesión n°7:**

- ✓ Revisar si realizo tarea de auto diálogos: menciono que lo practico muy poco.
- ✓ Se realizó un feedback general de todas las sesiones.
- ✓ Se revisó las nuevas filosofías y logros de metas.

**Sesión n°8:**

- ✓ No realizó la tarea
- ✓ Se dio inicio a la terapia de relajación de Jacobson; menciono que: “Me sentí muy bien, lo practicare en casa”
- ✓ Se le enseñó como realizar la terapia de relajación de Jacobson en casa.

**Sesión n°9:**

- ✓ Terapia Grupal de Relajación progresiva de Jacobson

**Sesión n°10:**

- ✓ Aplicación del Postest

**Observaciones:**

Asistencia:

Asistía a las sesiones programadas, solo hubo un día que se tuvo que reprogramar la sesión.

Limitaciones:

Realizaba algunas tareas en casa

Resultados de Pre - test y Pos - test

Pre - test: 59 Ansiedad Alta

Pos - test: 55 Ansiedad Alta



## **CASO N ° 2**

### **Sesión n°1: Entrevista Clínica**

#### **Datos Generales**

Nombre: 06BG

Fecha de Nacimiento: 21 de julio de 1995

Edad: 22

Sexo: Femenino

Domicilio: Veranillo Sector 35

Estado Civil: unida

Religión: Ninguna

Ocupación: ama de casa

Referido por: Asistencia Voluntaria

#### **Motivo de Consulta:**

“Quiero orientarme en cuanto al parto ir más preparada enante allá afuera me encontré una muchacha que acaba de tener a su bebé me dijo que no sabía en qué me había metido y que a ella le fue bien mal”

#### **Descripción de la paciente:**

03JA es una joven delgada, alta de tez trigueña, cabello negro, aparenta más edad de la que tiene, en ocasiones su discurso se ve comprometido, no mantiene contacto visual y hace muchas gesticulaciones.

#### **Historia del Paciente**

- 06BG actualmente reside con su pareja.
- Su madre nunca se hizo cargo de ella, solo la tuvo y apenas nació se la entregó al padre.
- Sus padres llegaron a ese acuerdo ya que la madre de 06BG al enterarse del embarazo quiso abortarla y el padre le dijo que no, que él se encargaría de 06BG.
- 06BG indica: “mi padre lo es todo y gracias a él estoy aquí”
- Su relación con la madre es nula, trato de comunicarse con ella, pero no sintió conexión con ella.
- Actualmente su relación con el padre es un poco distanciada debido algunos problemas que se han presentado.

- Se ha sentido muy decepcionada por sus padres y rechazada por su madre por quererla abortar y por su padre por preferir a su actual pareja en vez que a ella.
- Tiene 21 hermanos por parte paterna son 14 hermanos con lo que tiene poca comunicación y por parte materna tiene 7 hermanos los cual conoció ahora adulta por medio de Facebook con ellos la comunicación también es escasa.
- Se crio con su abuela y su padre hasta los dos años luego se quedó sola con su abuela porque su padre lo arrestaron por violencia doméstica y amenaza a su pareja en ese momento donde lo condenaron por 10 años, salió después de cinco años por buena conducta ya 06BG tenía 7 años.
- 06BG considera que su infancia fue normal le hizo mucha falta su padre cuando estuvo preso, su abuela la crio bien.
- En la escuela le iba muy bien y era de hacer muchas amistades la mayoría son varones se lleva mejor con ellos y son amistades que tiene desde la infancia.
- A los 9 años se mudó junto a su papá, un hermano y la cuñada esta última fue quien la oriento acerca de la menstruación y lo que debía hacer.
- Su padre tenía una relación con una mujer de un bar, ella no le caía y debido a esto eran las constantes peleas hasta que un día estaba demasiado borracho y le pegó por ser malcriada con él, 06BG con 16 años se fue para donde su madrina a vivir con ella lleva una buena relación.
- Debido a su pelea con el padre no culmino sus estudios.
- A los 17 años inicio su vida sexual con un joven de 25 años que fue su pareja durante un año, utilizó inyección y condón como métodos anticonceptivos.
- A los 18 años se fue a vivir con una amiga por Tocumen, allá conoció a un chico de 28 años se hicieron novio y al poco tiempo alquilaron un cuarto para vivir juntos, esta relación duro por dos años terminaron por motivos de celos y porque el joven no quería trabajar y ella era el sustento del hogar.
- Después de esta relación se mantuvo soltera indica que se sentía muy bien iba mucho a fiestas tomaba, fumaba y en una ocasión consumió “crispí”.
- Llegando a los 21 años conoció a su actual pareja de 52 años cuando él intervino en una pelea y la defendió, luego de esto salieron en varias ocasiones a los meses decidieron vivir juntos dejo de beber y fumar.

- Su actual pareja tiene dos hijos que son mayores que ella uno tiene 35 años y la muchacha tiene 25 años.
- Su padre no se lleva con su pareja debido a que él lo conocía antes y le indica a 06BG que ese hombre no es bueno para ella.
- 06BG indica que él ha cambiado mucho con ella y que lo que dice su padre no es así, por esta razón su papá no sabe nada del embarazo y lleva meses sin hablar.
- 06BG se da cuenta de su embarazo por retraso menstrual y muchos mareos y dolor de cabeza, lo primero que vino a su cabeza fue: “La voy a tener... quede en shock y me preocupe por no tener trabajo”, quedo muy sorprendida y se sintió muy feliz su pareja de una vez le dijo que la iban a tener que él se hacía responsable.
- Sus figuras de apoyo son su padrino, madrina, suegra y su pareja.
- Sus metas a futuro es terminar su sexto año, ir a la universidad y trabajar.

#### Examen Mental:

1. Apariencia Física: normal
2. Actividad Psicomotora: inquietud
3. Expresión del rostro: normal respecto de la tristeza y la alegría.
4. Mímica y gesticulación: hipermimia leve
5. Manera de aceptar el interrogatorio. Actitud hacia el psicólogo  
Cooperativa en algunas ocasiones demora para contestar ciertas preguntas.
6. Variación cuantitativa del lenguaje: normal

#### Valoración del estado de ánimo y afecto:

7. Afecto: normal si hay adecuación entre el tono y la expresión afectiva.
8. Estado de ánimo: normalidad
9. Manifestación de ansiedad durante el interrogatorio: normal

**Sesión n°2:** Psicoeducación: “El Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, emocional y psicológica del Parto”

**Sesión n°3:** Psicoeducación: “El Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, emocional y psicológica del Parto”

**Sesión n°4:**

- ✓ Revisión de la tarea: no la realizó.
- ✓ Se explicó la terapia Cognitiva Conductual
- ✓ Se explicó la importancia de la tarea en casa.
- ✓ Establecimiento de meta: “No sentir tanto miedo, porque he escuchado demasiadas cosas feas del parto”
- ✓ Explicación de la próxima tarea.

**Sesión n°5:**

- ✓ Revisión de la tarea: No la hizo en casa.
- ✓ Se explicó la importancia de realizar las tareas en casa y se trabajó la tarea en la sesión.
- ✓ Creencia de la paciente: “Todas las que me han contado sus historias de parto hablan horrores y pienso que me va a ir de la misma manera que a ellas”; “También he escuchado que es malo cruzar las piernas porque el niño sale con el cordón umbilical envuelto”
- ✓ Se trabajó con la creencia que tenía la paciente, el pensamiento y la emoción que surgía al tener esta creencia y cuál era la conducta que desarrollaba por contener esta creencia.
- ✓ Se mostró la relación que guarda el pensamiento, la emoción y la conducta y como podía afectarle en su estado manteniendo esta creencia.

**Sesión n°6:** Sesión reprogramada

- ✓ Revisión de la tarea: no realizo la tarea en casa, se trabajó durante la sesión.
- ✓ Pensamientos negativos que surgen:
  - a. Me va a ir mal en el parto
  - b. No voy a poder pujar cuando llegue el momento
  - c. Y Si me pasa algo quien se va hacer cargo de mi bebé

- ✓ Se demostró como tener una base de conocimiento racional de manera que la paciente tuviera una nueva filosofía de esta manera cambiando aquellos pensamientos negativos.

**Sesión n°7:**

- ✓ Revisar si realizó tarea de auto diálogos: si lo práctico.
- ✓ Se realizó un feedback general de todas las sesiones.
- ✓ Se revisó las nuevas filosofías y logros de metas.

**Sesión n°8:**

- ✓ No realizó la tarea
- ✓ Se dio inicio a la terapia de relajación de Jacobson.
- ✓ Se le enseñó como realizar la terapia de relajación de Jacobson en casa.

**Sesión n°9:**

- ✓ Terapia Grupal de Relajación progresiva de Jacobson

**Sesión n°10:**

- ✓ Aplicación del Posttest

**Observaciones:**

Asistencia:

Asistía a las citas programadas.

Limitaciones:

Realizaba algunas de las tareas programadas.

Resultados de Pre-test y Pos-test

Pre-test: 57 Ansiedad Alta

Post-test: 50 Ansiedad Media

## **CASO N ° 3**

### **Sesión n°1:**

#### **Datos Generales**

Nombre: 07CB

Fecha de Nacimiento: 15 de enero de 1995

Edad: 22

Sexo: Femenino

Domicilio: Samaria Sinaí Sector # 2

Estado Civil: unida

Religión: evangélica

Ocupación: ama de casa

Referido por: Asistencia Voluntaria

#### **Motivo de Consulta:**

“Un poco de nervios con todo lo que escucho de la gente que ha pasado por eso del parto”

#### **Descripción de la paciente:**

07CB es una joven de contextura gruesa, alta de tez morena, se presenta con una apariencia acorde a su edad con facilidad en el discurso, muy alegre y mantiene el contacto visual.

#### **Historia del Paciente**

- Actualmente vive con su abuela con la que mantiene muy buena comunicación y en ocasiones su pareja se queda en casa con ella.
- Sus padres tienen buena relación y aún mantienen contacto por ella.
- Su relación con los padres es muy buena, conversa bastante con ellos, aunque considera que más con su madre.
- Tiene dos hermanos por parte de papá, ambos los conoce y se lleva bien con ellos.
- Durante su infancia vivió con sus abuelos y su madre, al abuelo siempre lo considero como su figura paterna ya que su padre no lo veía mucho.

- 07CB indica que su infancia fue muy buena, su educación se la debe a sus abuelos y a su madre.
- Era muy buena estudiante y participaba mucho en las oratorias.
- Desde los 6 años hasta los 12 participaba en los cursos que ofrecía casa esperanza después de la escuela.
- Su madre siempre la oriento le hablaba muy directo, ella fue quien la oriento acerca del tema de la menstruación y la actividad sexual.
- Su adolescencia la considera muy buena, le gustaba mucho estudiar y era de hacer muchas amistades.
- A los 16 años su madre se mudó hacia Pedregal por motivos de trabajo 07CB se quedó con su abuela sin embargo siempre se han mantenido en contacto.
- A su actual pareja lo conoció por una compañera de la escuela por medio del celular (BBpin) en sexto año empezaron a chatear se conocieron él era mayor de edad tenía 25 años y ella estaba por cumplir sus 18 años él ha sido su primer novio, ella no le dijo nada a sus padres, culminó sus estudios con éxito.
- Al pasar el tiempo sus padres se dieron cuenta y le dijeron que querían conocer quién era él se reunieron y desde ahí llevan una buena relación.
- Inicio la universidad en la Licenciatura de bancas y finanzas, pero se retiró ya que sus padres no la apoyaban económicamente.
- 07CB nunca ha bebido alcohol, no fuma ni ha consumido drogas.
- Durante un tiempo trabajo en un call center y después en la de bodega de un almacén.
- A sus 18 años inicio su vida sexual con su actual pareja utilizo pastillas anticonceptivas el inicio luego no utilizaron ningún otro método.
- Al tiempo él le confeso que no tenía 25 años, sino que tenía 28 años ella se molestó mucho y le dijo que no quería más mentira y que resolviera él para decirle a sus padres a ellos no les importo después que la tratará mal.
- Como pareja durante estos cinco años solo han tenido un problema por motivo de celos puesto que una joven le chateaba a él.
- 07CB al principio no sabía que estaba embarazada ya que su período era irregular, sentía mucho dolor de cabeza, mareos y un día comió unos camarones y vomito ella pensó que eran que estaban dañados no fue hasta cuando vio una prima que le dijo que

se veía pálida y le dijo “tu estas bien preñada” ella al principio dijo que no creía, ella le comentó a su pareja y él le dijo que no creía hasta que un día ella decidió comprarse la prueba y espero hasta que vio que le marco positivo y lo dejo en la mesa para que la viera su pareja cuando él vio la prueba y le dijo que mejor se hacían una prueba en una clínica que él no confiaba en esas pruebas y ella se la realizó y salió positiva, lo primero que pensó fue “Señor mándame a mi hijo sano y que no venga con ninguna dificultad” y saltaba de alegría su pareja solo se echó a reír sintió mucha alegría ya que es su primer hijo.

- Sus padres se llevan bien con su pareja y están contentos con su embarazo.
- Considera que sus figuras de apoyo con las que cuenta son su pareja, mamá y abuela.
- Sus metas a futuro es seguir sus estudios universitarios y conseguir un buen trabajo para criar a su hija y que cumpla todos sus sueños.

#### Examen Mental:

1. Apariencia Física: normal
2. Actividad Psicomotora: normalidad
3. Expresión del rostro: moderada excitación, expresión alegre, sonríe y ríe frecuentemente.
4. Mímica y gesticulación: normal
5. Manera de aceptar el interrogatorio. Actitud hacia el psicólogo  
Buena actitud muy abierta, cooperativa, confiada y franca.
6. Variación cuantitativa del lenguaje: normal

#### Valoración del estado de ánimo y afecto:

7. Afecto: normal hay adecuación entre el tono y la expresión afectiva.
8. Estado de ánimo: euforia ligera se siente optimista y tiende a minimizar las dificultades.
9. Manifestación de ansiedad durante el interrogatorio: normal

**Sesión nº2:** Psicoeducación: “El Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, emocional y psicológica del Parto”



**Sesión n°3:** Psicoeducación: “El Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, emocional y psicológica del Parto”

**Sesión n°4:**

- ✓ Revisión de la tarea: si la realizó.
- ✓ Explicación profunda de la terapia cognitiva conductual.
- ✓ Aclaró dudas pertinentes al tema.
- ✓ Establecimiento de meta: “Tener una buena preparación al parto, recordar las respiraciones correctas y poner en práctica todo lo que aprendí”
- ✓ Explicación de la tarea para la próxima sesión.

**Sesión n°5:** Sesión reprogramada.

- ✓ Revisión de la tarea: si la realizó.
- ✓ Creencia de la paciente: “Me puede dar preeclampsia y se me puede subir la azúcar como a mi mamá y abuela”
- ✓ Se trabajó con la creencia que tenía la paciente, el pensamiento y la emoción que surgía al tener esta creencia y cuál era la conducta que desarrollaba por contener esta creencia.
- ✓ Se mostró la relación que guarda el pensamiento, la emoción y la conducta y como podía afectarle en su estado manteniendo esta creencia.

**Sesión n°6:**

- ✓ Revisión de la tarea: si realizó la tarea en casa.
- ✓ Pensamientos negativos que surgen:
  - a. Perder a mi bebé por alguna complicación.
  - b. Que me suceda algo malo en el parto.
- ✓ Se demostró como tener una base de conocimiento racional de manera que la paciente tuviera una nueva filosofía de esta manera cambiando aquellos pensamientos negativos.

**Sesión n°7:**

- ✓ Si practico autodiálogos en casa.
- ✓ Se realizó un feedback general de todas las sesiones.
- ✓ Se revisó las nuevas filosofías y logros de metas.

**Sesión n°8:**

- ✓ Si realizó tarea e indico que: “Me parece muy buena forma de llegar a relajarse y olvidarse del estrés”
- ✓ Se dio inicio a la terapia de relajación de Jacobson.
- ✓ Se le enseño como realizar la terapia de relajación de Jacobson en casa.

**Sesión n°9:**

- ✓ Terapia Grupal de Relajación progresiva de Jacobson

**Sesión n°10:**

- ✓ Aplicación del Postest

**Observaciones:****Asistencia:**

Asistía a las sesiones programadas, solo hubo una sesión que se tuvo que reprogramar por motivos personales que explico en la siguiente cita.

**Limitaciones:**

Realizó todas las tareas en casa

**Resultados de Pre-test y Pos-test**

Pre-test: 59 Ansiedad Alta

Post-test: 48 Ansiedad Media

## **CASO N ° 4**

### **Sesión n°1:**

#### **Datos Generales**

Nombre: 16 SP

Fecha de Nacimiento: 9 de mayo de 1994

Edad: 23

Sexo: Femenino

Domicilio: Veranillo / Las Cumbres

Estado Civil: unida

Religión: Evangélica

Ocupación: ama de casa

Referido por: Asistencia Voluntaria

#### **Motivo de Consulta:**

“Me han contado varias cosas, pero me gustaría que me explicaran, me interesa saber qué es lo que tengo que hacer cuando llegue el momento”

#### **Descripción de la paciente:**

16 SP es una joven de contextura mediana, estatura pequeña, tez trigueña se presenta con una apariencia acorde a su edad, presenta mucha facilidad en el discurso, mantiene el contacto visual y es muy cooperativa durante la entrevista.

#### **Historia del Paciente**

- 16 SP actualmente vive con su pareja, su suegro y su cuñada.
- 16SP es estudiante de Arquitectura cursa el quinto año de la licenciatura.
- La mayoría de la familia de su madre viven por el área de Veranillo, no se reúnen mucho debido a que el área es peligrosa.
- Su familia asiste a la iglesia, es una familia unida.
- Su relación con su madre es buena, siempre tiene su apoyo, aunque indica que últimamente se han distanciado un poco y no conversan tanto como antes por los horarios de trabajo de su mamá.
- Su padre falleció hace un año debido a un accidente, nos indica que era un buen hombre, dedicado a la familia, un hombre de iglesia con ella tenía una buena relación

la aconsejaba bastante en algunos momentos tenían ciertas diferencias, pero siempre buscaban la manera de arreglarlo.

- Sus padres siempre llevaron una bonita relación y asistían siempre a la iglesia juntos.
- Tiene tres hermanos, el primero de 25 años es licenciado en Diseño Gráfico, él se ha hecho responsable después del fallecimiento del Papá para que no les falte nada y su otro hermano tiene 16 años que es estudiante, su relación con ellos es buena.
- Durante su infancia 16SP se consideraba una niña bastante callada, no era muy sociable, fue una buena estudiante y su familia muy unida no recuerda la existencia de problemas familiares.
- Durante su adolescencia ella era más sociable hacia amistades con mayor facilidad, seguía siendo una buena estudiante y siempre lograba cada meta que se proponía, se portaba bien, 16SP recuerda que durante esta época su madre tejía ella la ayudaba y vendían sus creaciones.
- A los 20 años conoció a su actual pareja, él se dedicaba a trabajar en un bus como secretario indica que se llevaban bien solo con algunos problemas de comunicación, pero debido a este trabajo ella decidió terminar la relación porque no le gustaba que siguiera dedicándose a eso terminaron al año cuatro meses luego de esto él decidió culminar este trabajo y consiguió un trabajo en la Alcaldía y en ese momento decidieron retomar la relación.
- Inicio a los 20 años las relaciones sexuales con su actual pareja utilizaron preservativo como método anticonceptivo.
- 16SP indica que al principio no sabía que estaba embarazada ya que su síntoma pensaba que era por tomar mucho sol ya que se encontraba en la práctica de su carrera, los dolores de cabeza, de espalda y mareos pensó que se debían a mucho cansancio por su práctica, no fue hasta que un día vómito y se hizo la prueba que salió positivo.
- Se sintió muy alegre, pero a la vez sorprendida y su primer pensamiento fue: “Como le sigo a mi mamá” ya que anteriormente su madre le había dicho que se cuidaran, pero ella no siguió consejo, su pareja al enterarse quedo en Shock, la abrazo y se sentía feliz pero también pensó lo mismo que ella como le decía a su suegra.
- Su madre aceptó bien el embarazo, solo que por el horario no ha podido estar mucho tiempo con ella.

- 16SP considera que su figura de apoyo son su mamá, pareja, hermano mayor y su suegro.
- Sus metas a futuro son culminar su carrera de arquitectura, conseguir un buen trabajo, tener su casa y su carro.

**Examen Mental:**

1. Apariencia Física: normal
2. Actividad Psicomotora: normalidad
3. Expresión del rostro: normal con respecto a la tristeza y la alegría.
4. Mímica y gesticulación: normal
5. Manera de aceptar el interrogatorio. Actitud hacia el psicólogo  
Buena actitud muy abierta, interesada, cooperativa, franca con muchas ganas de recibir ayuda y conocer más acerca del parto.
6. Variación cuantitativa del lenguaje: normal

**Valoración del estado de ánimo y afecto:**

7. Afecto: normal adecuación entre el tono y la expresión afectiva.
8. Estado de ánimo: se muestra normal, presenta tristeza acentuada al contar lo del fallecimiento de su padre y sus ojos se tornan lloroso.
9. Manifestación de ansiedad durante el interrogatorio: normal

**Sesión n°2:** Psicoeducación: “El Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, emocional y psicológica del Parto”

**Sesión n°3:** Psicoeducación: “El Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, emocional y psicológica del Parto”

**Sesión n°4:**

- ✓ Revisión de la tarea: si la realizó.
- ✓ Se le converso en qué consistía la terapia cognitiva conductual.
- ✓ Además se explicó la importancia de la tarea en casa.
- ✓ Establecimiento de meta: “Que todo salga bien, tanto para mi bebe como para mí y que no exista ninguna complicación”
- ✓ Explicación de la próxima tarea.

**Sesión n°5:**

- ✓ Revisión de la tarea: Si la realizó.
- ✓ Explicación de la terapia Cognitiva Conductual.
- ✓ Creencia de la paciente: “El parto de mi mamá fue malo y pienso que así será el mío”
- ✓ Se trabajó con la creencia que tenía la paciente, el pensamiento y la emoción que surgía al tener esta creencia y cuál era la conducta que desarrollaba por contener esta creencia.
- ✓ Se mostró la relación que guarda el pensamiento, la emoción y la conducta y como podía afectarle en su estado manteniendo esta creencia.

**Sesión n°6:** Sesión reprogramada

- ✓ Revisión de la tarea: si realizo la tarea en casa.
- ✓ Pensamientos negativos que surgen:
  - a. Que mi bebé no nazca sano
  - b. Que tenga un mal en el parto.
- ✓ Se demostró como tener una base de conocimiento racional de manera que la paciente tuviera una nueva filosofía de esta manera cambiando aquellos pensamientos negativos.

**Sesión n°7:**

- ✓ Si practico auto diálogo.
- ✓ Se realizó un feedback general de todas las sesiones.
- ✓ Se revisó las nuevas filosofías y logros de metas.

**Sesión n°8:**

- ✓ Revisión de la tarea: si la hizo.
- ✓ Se dio inicio a la terapia de relajación de Jacobson.
- ✓ Se le enseñó como realizar la terapia de relajación de Jacobson en casa.

**Sesión n°9:**

- ✓ Terapia Grupal de Relajación progresiva de Jacobson

**Sesión n°10:**

- ✓ Aplicación del Posttest

**Observaciones:**

Asistencia:

Asistió a todas las sesiones programadas.

Limitaciones:

Realizaba todas las tareas programadas.

Resultados de Pre-test y Pos-test

Pre-test: 61 Ansiedad Alta

Post-test: 49 Ansiedad Media

## **CASO N ° 5**

### **Sesión nº1:**

#### **Datos Generales**

Nombre: 17 GA

Fecha de Nacimiento: 14 de enero 1997

Edad: 20

Sexo: Femenino

Domicilio: Mano de Piedra

Estado Civil: soltera

Religión: Evangélica

Ocupación: ama de casa

Referido por: Asistencia Voluntaria

#### **Motivo de Consulta:**

“Saber cómo será el día... Siento miedo a muchas cosas, que mi niño salga enfermo, que me pase algo, o que me hagan cesárea...”

#### **Descripción de la paciente:**

17GA es una joven delgada, alta de tez morena, se presenta con una apariencia acorde a su edad, habla poco, se ve sin entusiasmo con respecto al embarazo.

#### **Historia del Paciente**

- 17GA actualmente reside con su mamá y tres de sus hermanos.
- Su relación con su madre ella indica que es “bipolar” un día estamos bien y otro día estamos mal.
- Su relación con su padre es lejana, conversan poco.
- Sus padres nunca han tenido una relación estable, ni conversan mucho al menos que tenga algo que ver con ella.
- Tiene 9 hermanos, cinco por parte paterna los conoce, pero no conversan mucho y por parte materna son cuatro vive con tres de ellos indica que la relación es buena, se lleva mejor con su hermano mayor dice que cree que es porque no vive con él.
- Su relación es buena con su abuela, desde pequeña se ha criado con ella.



- Su familia es bastante unida, hacen muchas fiestas y se apoyan entre sí, 17GA indica que lo único malo de su familia es que: “son muy bochinchosos, todo lo quieren saber”
- Indica que su infancia fue el mejor tiempo de vida que ha tenido, era una niña muy sociable hacia amigos con mucha facilidad, era una estudiante regular hacia sus tareas y le iba bien, su comportamiento no era tan bueno ella recuerda que siempre la regañaban por pegarle a las niñas más pequeñas y siempre estaba peleando.
- Durante su adolescencia indica que fue normal, nunca le dio dolores de cabeza a su mamá, en la escuela era una estudiante regular, era muy popular entre sus amistades y seguía haciendo muchos amigos, durante este tiempo tuvo un novio no duro mucho con él porque su mamá no la dejaba tener novios y ella estaba enfocada en otras cosas.
- A sus 17 años tuvo un novio de 22 años con el que inicio las relaciones sexuales, no utilizaron ningún método anticonceptivo nos indica que esta relación culminó.
- Poco tiempo después conoce a su actual pareja en una fiesta se conocieron por un tiempo y decidieron iniciar la relación, su pareja tiene 31 años, es colombiano y tiene tres hijos, ella indica que en la relación los problemas que se han presentado han sido por ella porque no se porta bien con él.
- Sus padres se llevan bien con su actual pareja y lo aceptan.
- 17GA se enteró de que estaba embarazada por medio de la gente que le decía que se veía muy diferente, como ella es bastante delgada se empezó a engordar un poco y la gente empezó a comentar ella estaba totalmente en negación hasta que un día se realizó una prueba de orina y marco un poco a positivo así que como no estaba segura de prueba procedió a realizarse la prueba de sangre y fue ahí donde confirmo la noticia.
- Su único síntoma que se hizo presente fue fatiga y su falta de menstruación, pero como su menstruación es irregular no pudo ser el indicador del embarazo.
- Al enterarse los padres de su embarazo 17GA nos cuenta que su madre al principio la trataba muy mal y se sentía decepcionada de ella, pero con el tiempo lo fue aceptando y ahora está más tranquila con ella y su papá reacciona normal.
- Sus figuras de apoyo actualmente son su mamá, su pareja y su hermano mayor.
- Sus metas a futuro son ingresar a la Universidad tomar la Licenciatura de marítima y portuaria, graduarse, obtener su trabajo, casa, carro y más adelante le gustaría estudiar enfermería.

**Examen Mental:**

1. Apariencia Física: norma
2. Actividad Psicomotora: normalidad
3. Expresión del rostro: normal con respecto a la alegría y a la tristeza, sin embargo, con el tema del embarazo se acentúa ligera tristeza de más.
4. Mímica y gesticulación: hipermimia leve al tocar el tema del embarazo.
5. Manera de aceptar el interrogatorio. Actitud hacia el psicólogo: comportamiento variable en cuanto al tema que se le interroga, como por ejemplo preguntas del embarazo la paciente no coopera mucho.
6. Variación cuantitativa del lenguaje: normal

Valoración del estado de ánimo y afecto:

7. Afecto: cambia muy rápidos la expresión emocional cuando habla acerca del embarazo su expresión del rostro cambia inmediatamente con respecto a otros temas de su vida habla tranquilamente.
8. Estado de ánimo: normal
9. Manifestación de ansiedad durante el interrogatorio: ligeramente ansioso en cuanto llegue el momento del parto.

**Sesión n°2:** Psicoeducación: “El Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, emocional y psicológica del Parto”

**Sesión n°3:** Psicoeducación: “El Bienestar de la embarazada y la importancia de la preparación física, emocional y psicológica del Parto”

**Sesión n°4:**

- ✓ Revisión de la tarea: no la realizó.
- ✓ Se le converso en qué consistía la terapia cognitiva conductual.
- ✓ Además se explicó la importancia de la tarea en casa.
- ✓ Establecimiento de meta: “Tener un buen parto porque tengo demasiado miedo”
- ✓ Explicación de la próxima tarea.

**Sesión n°5:** Sesión reprogramada

- ✓ Revisión de la tarea: No la realizó.
- ✓ Explicación de la terapia Cognitiva Conductual.
- ✓ Creencia de la paciente: “Me voy a morir en el parto porque tengo mucho miedo”

- ✓ Se trabajó con la creencia que tenía la paciente, el pensamiento y la emoción que surgía al tener esta creencia y cuál era la conducta que desarrollaba por contener esta creencia.
- ✓ Se mostró la relación que guarda el pensamiento, la emoción y la conducta y como podía afectarle en su estado manteniendo esta creencia.
- ✓ Explicar tarea de la próxima sesión.

**Sesión n°6:** Sesión reprogramada

- ✓ Revisión de la tarea: no realizo la tarea en casa.
- ✓ Pensamientos negativos que surgen:
  - a. Que se me abra la barriga
  - b. Que me muera cuando vaya a parir
  - c. Que mi bebe venga enfermo.
- ✓ Se demostró como tener una base de conocimiento racional de manera que la paciente tuviera una nueva filosofía de esta manera cambiando aquellos pensamientos negativos.

**Sesión n°7:**

- ✓ Si practico auto diálogo.
- ✓ Se realizó un feedback general de todas las sesiones.
- ✓ Se revisó las nuevas filosofías y logros de metas.

**Sesión n°8:**

- ✓ Revisión de la tarea: no la hizo.
- ✓ Se dio inicio a la terapia de relajación de Jacobson.
- ✓ Se le enseño como realizar la terapia de relajación de Jacobson en casa.

**Sesión n°9:** Se ausento se reprogramo de manera individual.

- ✓ Terapia Grupal de Relajación progresiva de Jacobson

**Sesión nº10:**

- ✓ Aplicación del Posttest

**Observaciones:****Asistencia:**

No asistía a las sesiones programadas, se tuvieron que reprogramar las sesiones incluso se ausentó a una sesión grupal la cual se le tuvo que aplicar individualmente.

**Limitaciones:**

No realizaba las tareas en casa

**Resultados de Pre-test y Pos-test**

Pre - test: 61 Ansiedad Alta

Pos - test: 57 Ansiedad Alta